



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FELIPE AUGUSTO REQUE

TERRITÓRIOS DAS TRABALHADORAS E DOS TRABALHADORES
DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

CAMPINAS
2015

FELIPE AUGUSTO REQUE

TERRITÓRIOS DAS TRABALHADORAS E DOS TRABALHADORES
DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO FELIPE AUGUSTO REQUE, E ORIENTADO PELA
PROF^a. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO.

CAMPINAS
2015

Agência(s) de fomento e no(s) de processo(s): CNPq, 483560/2012-5; FAPESP, 2012/51258-5; COPAIS

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Reque, Felipe Augusto, 1982-

R299t Territórios das trabalhadoras e dos trabalhadores da atenção básica em saúde / Felipe Augusto Reque. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Silvia Maria Santiago.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Territórios. 4. Cartografia. I. Santiago, Silvia Maria, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Territory of workers at primary health care

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Public health

Territorys

Cartografy

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Silvia Maria Santiago [Orientador]

Maria da Graça Garcia Andrade

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Data de defesa: 21-08-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FELIPE AUGUSTO REQUE

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO

MEMBROS:

1. PROF^a. DRA. MARIA DA GRACA GARCIA ANDRADE

2. PROF^a. DRA. LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER

3. PROF. DR. TADEU DE PAULA SOUZA (SUPLENTE)

4. PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY (SUPLENTE)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 21/08/2015

O menino que carregava água na peneira

**Tenho um livro sobre águas e meninos.
Gostei mais de um menino que carregava água na peneira.
A mãe disse que carregar água na peneira era o mesmo que roubar um vento
e sair correndo com ele para mostrar aos irmãos.
A mãe disse que era o mesmo que catar espinhos na água
O mesmo que criar peixes no bolso.**

**O menino era ligado em despropósitos.
Quis montar os alicerces de uma casa sobre orvalhos.**

**A mãe reparou que o menino gostava mais do vazio do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores e até infinitos.
Com o tempo aquele menino que era cismado e esquisito
porque gostava de carregar água na peneira
Com o tempo descobriu que escrever seria o mesmo
que carregar água na peneira.
No escrever o menino viu que era capaz de ser
noviça, monge ou mendigo ao mesmo tempo.
O menino aprendeu a usar as palavras.
Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.
E começou a fazer peraltagens.**

**Foi capaz de interromper o voo de um pássaro botando ponto final na frase.
Foi capaz de modificar a tarde botando uma chuva nela.
O menino fazia prodígios.
Até fez uma pedra dar flor!**

**A mãe reparava o menino com ternura.
A mãe falou: Meu filho você vai ser poeta.
Você vai carregar água na peneira a vida toda.
Você vai encher os vazios com as suas peraltagens
e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos**

- Manoel de Barros -

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a meu pai Méierson, minha mãe Wilma, meus irmãos Daniel e Junior, e também a Bianca e Maira. Obrigado por todo apoio, amor e compreensão.

A meus amigos e amigas da Saúde Coletiva, em especial a meus colegas de residência Pedro, Ellen e Paulo.

A meus amigos e amigas da militância.

Agradecimento especial para as professoras e professores do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp que tanto me influenciaram e colaboraram de forma gigantesca na minha formação pessoal, profissional e política. Forte abraço a todos.

RESUMO

O presente trabalho é parte de uma pesquisa “A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para (re) configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus profissionais e usuários”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um Centro de Saúde da cidade de Campinas durante os anos de 2014 e 2015. O período de campo e registro do material coletado teve duração aproximada de um ano. A cartografia, proposta inicialmente por Gilles Deleuze e Felix Guatarri, serviu como o referencial metodológico proposto, assim como para compor os analisadores, que permitiram a leitura do material de campo. Foram eles: Território, Reterritorialização e Desterritorialização. Os resultados dessa pesquisa demonstram que a cartografia traz conceitos e dinâmicas muito interessantes como método de pesquisa; o conceito de território, trazido pelo referencial proposto, possibilita novas formas de ver e pensar o trabalho no SUS e suas dinâmicas; Os territórios existenciais atravessam constantemente o serviço de saúde, interagindo com as relações pessoais e profissionais; estratégias que possibilitam a desterritorialização estão presentes nos serviços, colaborando com novas formas de relação e expansão territorial de cada um; o processo de trabalho e as forças envolvidas muitas vezes reduzem a potencialidade dos territórios existenciais de cada trabalhador ou trabalhadora e sua capacidade de promover uma expansão territorial.

PALAVRAS-CHAVE: ATENÇÃO BÁSICA; SAÚDE COLETIVA; TERRITÓRIO; CARTOGRAFIA

ABSTRACT

This work is part of a search for "The Primary Health Care (PHC) as a strategy to (re) configuration of the national health policies: the perspective of its professionals and users." It is a qualitative research conducted in a health center in Campinas during the years 2014 and 2015. The field period and record the collected material lasted approximately one year. Cartography, first proposed by Gilles Deleuze and Felix Guattari, served as the proposed methodological framework, as well as to compose the analyzers, which allowed the reading of field material. They were: Territory, Reterritorialization and Deterritorialization. The results of this research show that the mapping brings very interesting concepts and dynamics as a research method; the concept of territory, brought by the proposed framework, enables new ways of seeing and thinking work in the NHS and its dynamics; The existential territories constantly cross the health service, interacting with personal and professional relationships; strategies that enable dispossession are present in services, collaborating with new relationships and territorial expansion of each; the work process and the forces involved often reduce the potential of existential territories of each employee or worker and their ability to promote territorial expansion.

KEY WORDS: PRIMARY CARE; PUBLIC HEALTH; TERRITORY; CARTOGRAFY

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	15
A pesquisa.....	15
27 anos de SUS.....	16
A Atenção Básica.....	19
A Atenção Básica de Campinas-SP.....	22
O conceito de território na Política Nacional de Atenção Básica.....	23
Novos conceitos.....	26
O tratamento de território na presente pesquisa.....	27
OBJETIVOS.....	32
PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
A pesquisa em Campinas.....	33
Anotações e Registros.....	35
Sobre o Método Cartográfico.....	36
Os analisadores.....	39
A experiência da cartografia.....	41
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS REGISTROS CARTOGRÁFICOS.....	45
Apresentando a cartografia numa Unidade Básica de Saúde de Campinas-SP.....	46
Entrada.....	46
Encontro na Recepção.....	48
Os múltiplos ambientes.....	49
Sala de Procedimento.....	49
O curativo no senhor de idade.....	51
Sala de Medir a pressão arterial.....	52
Puericultura.....	54
Sala de Vacina.....	55
Moça dos Exames.....	57

ACS.....	59
Táticas.....	59
Reunião da equipe.....	60
Trabalho dos ACS.....	61
Farmácia.....	63
Propostas.....	63
Atendimento.....	64
Mudanças.....	66
Informação.....	67
Acolhimento.....	69
Sala do Acolhimento.....	69
Conversa com enfermeira.....	71
Agenda.....	75
Exames para o médico.....	75
Paciente na fila de marcação de consulta médica.....	76
Enfermeiro e Médico discutem agenda.....	77
Conversa com enfermeira.....	82
Enfermeira do pré-natal.....	83
Visita domiciliar.....	85
Agenda com a dentista.....	87
Violência.....	88
Conversa de corredor?.....	88
Conversa no café.....	89
Pós-tempestade e chacina.....	90
Encontros.....	94
Café.....	94
Conversa na sombra.....	95
Tempo de serviço.....	96
Conserto.....	97

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO CARTOGRÁFICO: O QUE SE APUROU ATÉ AQUI.....	98
Sobre a metodologia.....	98
Sobre o conceito Território.....	99
Sobre os afetos.....	99
Sobre os processos.....	103
A agenda médica e o acesso ao médico.....	105
Os procedimentos e os espaços.....	106
A violência e outras questões.....	108
Sobre a pesquisa.....	109
REFERÊNCIAS.....	113

APRESENTAÇÃO

Olhar para nossa formação em saúde e nossa vida ocidental urbana, carregada de elementos que compõem toda nossa estrutura como indivíduo, da linguagem ao modo que nos vestimos, relacionamos, trabalhamos e que isso pode não fazer sentido algum para pessoas que vivem em outras realidades era um desafio em si. Ver diferenças onde não imaginamos que poderia haver diferenças e aprender a respeitá-las e valorizá-las nos encontros era algo de uma riqueza que me deixou muito provocado a conhecer outras realidades como comunidades indígenas.

Fiz breves leituras da obra de alguns antropólogos. É incrível como estudar outros modos de vida e de relações entre as pessoas e das pessoas com o mundo nos faz questionar o nosso próprio modo que nos relacionamos com os objetos, pessoas, valores, atitudes. Nos desloca de um espaço seguro e inquestionável que vamos “naturalmente” construindo.

O trabalho no Consultório na Rua foi de uma riqueza indescritível na minha vida como trabalhador da saúde e militante do direito à saúde. Olhar de perto para a dinâmica das pessoas em situação de rua e entendendo como essa dinâmica poderia ser composta na possibilidade de um cuidado era algo desafiador e instigante.

Viver a cidade a partir de um outro lugar ao qual nunca havia presenciado. Andar na rua procurando lugares escondidos nos quais os usuários de drogas poderiam estar fazendo o uso de substâncias ou organizando sua vida na rua (os mocós que são locais nos quais podem morar ou apenas fazer o uso), entender que alguns lugares eram considerados por eles mais protegidos e porque, aprender como eles sobreviviam e se divertiam nos espaços por onde circulavam. Foram inúmeros aprendizados.

Conforme nos aproximávamos de cada pessoa ou grupo que habitavam os espaços da rua aprendíamos sobre cada um desses territórios – geográficos e existenciais. A dinâmica de cada espaço, se o uso daquela praça era mais o uso de álcool ou de outras drogas. Os locais onde as profissionais do sexo mais circulavam, se um espaço o uso da pedra (crack) era proibido ou era mais frequente, se determinado lugar tinha uma liderança com a qual precisávamos articular ofertas de

cuidado. Era uma diversidade inimaginável de novas experiências e conhecimentos que eram a cada dia ampliados.

E a cada encontro mais singular, as histórias narradas, verdadeiras outras nem tanto, eram carregadas de sentimentos, desejos, valores e emoções. Não foram poucas as vezes que uma pessoa chorava ao contar sua história nesses dois anos de trabalho. Como era a vida antes da rua, a ida da pessoa para a rua, como era sua rotina e os espaços pelos quais circulavam, tudo era importante na hora de pensar em ofertas de cuidado a serem feitas. Para cada pessoa, alguma necessidade diferente era prioridade. Por vezes, nenhuma necessidade era trazida. Mas o simples encontro, criação de confiança e abertura para o cuidado era de grande importância. Uma escuta a qual muitos não haviam tido durante anos por algum profissional da saúde. Para cada história, um conjunto de elementos se destacavam na sua vida como de maior ou menor importância. Construir a partir daí uma proposta terapêutica, se assim fosse o desejo da pessoa, era fundamental. O sentido da rua para cada um, o sentido do uso de substância, da família, do trabalho, da arte, tudo era importante para possibilitar uma proposta.

O momento de cada um também é algo a ser olhado com muita delicadeza. Pessoas que durante anos ofertamos ações de cuidado, mas sempre eram negadas, vez ou outra eram aceitas, e não porque mudamos nossa postura, mas porque naquele momento, e somente naquele momento, aquela oferta que fazíamos passou a fazer um diferente sentido para aquela pessoa. Poderíamos não fazer ideia do que havia mudado, mas perceber essa diferente receptividade das pessoas a ofertas antes recusadas era de fundamental importância. Com o tempo nossa equipe foi desenvolvendo modos de escuta que possibilitaram tais cuidados serem possíveis. Por esse respeito aos momentos de cada um, os limites de cada um são também olhados de forma muito respeitosa. Uma bela equipe sem dúvida, em permanente construção de modos de cuidado e sempre com muito a aprender. Respeitar seu território, respeitar seu momento, respeitar seus símbolos, valores, costumes e limites é parte do nosso trabalho. Posturas rígidas, autoritárias, desrespeitosas eles já estavam cheios na sua vida e nas suas histórias, não é disso que precisam.

Esse trabalho sem dúvida demonstrou para mim a potência de olhar para o território existencial do outro, tanto usuários quanto trabalhadores. Olhar para a atenção básica tradicional e entender como isso se opera era para mim um desafio. Muitas sugestões de fazer um mestrado em cima do consultório na rua me foram

dadas. Mas eu resisti. Olhar para o consultório na rua era olhar para um jeito muito singular e diferente de articulação. Eu queria era olhar para o modo tradicional, mais frequente de cuidado que é a Atenção Básica, as Unidades de Saúde e Centros de Saúde e questionar os modos que o cuidado era trabalhado. Falar do Consultório na Rua seria falar de uma realidade muito distante das estruturas tradicionais. Não era isso que eu queria. Apostei no olhar para a Atenção Básica composta por essas estruturas e arranjos que compõem os centros de saúde.

Durante a residência em saúde coletiva na FCM/Unicamp o tema da subjetividade surgiu como algo inesperado e surpreendente. Até então meu contato com esse tema na minha formação médica era próximo a zero.

O presente trabalho tem seu início no interesse desse pesquisador em entender as múltiplas subjetividades que produzem e são produzidas no SUS. O acesso a diversas linhas de pensamento durante a formação sanitarista o permitiram conhecer a metodologia proposta nesta pesquisa – a cartografia. A proposta de estudo sobre os territórios nesta pesquisa trata de um território subjetivo, constituído pelos desejos das pessoas que se formam e reformam ao longo dos percursos de vida e dos contatos, afinidades e repulsas que vão sendo criados.

O desafio ainda maior seria pensar políticas públicas que considerem essas subjetividades na sua potência. Enfrentar modos puramente objetivos de lidar com o trabalho e de produção do cuidado envolve pensar em estratégias, arranjos e espaços que possibilitem um diferente modo de agir. Olhar para as subjetividades é olhar para as pessoas como seres desejantes e subjetivos. É apostar na vida e no ser humano em sua máxima potência.

INTRODUÇÃO

A pesquisa

O presente trabalho compõe a pesquisa intitulada “A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para (re) configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus profissionais e usuários” e é coordenado pelo prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Esta pesquisa *tem múltiplos financiamentos, do CNPq, FAPESP e do Ministério da Saúde, através de um financiamento de pesquisa de interesse do SUS denominado COPAIS e aprovado pela CEP Unifesp no parecer 369.809.*

O grupo de pesquisa é composto por professores, trabalhadores da saúde de municípios próximos e dos pesquisadores que foram a campo e produziram registros – que aqui os denominaremos pesquisadores-cartógrafos – e iniciou o processo da pesquisa atual em fevereiro de 2013. O campo se desenvolveu em 3 grandes municípios, São Paulo com 3 unidades básicas de saúde (UBS); São Bernardo do Campo e Campinas com 2 Unidades Básica cada um.

Todo esse processo da pesquisa é uma consequência de um trabalho anterior intitulado realizado por uma grande parte dos pesquisadores presentes nessa atual pesquisa. O trabalho anterior era intitulado **“As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização de serviços de saúde”** (Cecílio *et al.*, 2011). Essa pesquisa objetivou conhecer as formas de regulação e seu papel no cuidado de usuários dos serviços de saúde do SUS com situações de saúde complexas, que demandaram a circulação do paciente pela rede de serviços de diferentes complexidades. As múltiplas lógicas de regulação que eram acionadas pelo usuário se revelaram, mas também um interessante uso da atenção primária em saúde, que motivou a pesquisa atual, de onde parte este projeto de mestrado.

27 anos de SUS

Em outubro de 2015, o SUS completa 27 anos de existência. A constituição de 1988 trouxe muitos avanços ao garantir a saúde como um direito das brasileiras e brasileiros e um dever do Estado. Produto de muitos debates, lutas e esforços, a proposta de saúde como um direito, na forma em que foi inscrita no documento, permitiu e ainda permite avanços na saúde e em outras áreas do chamado bem-estar social que se inspiraram no Sistema Único de Saúde para pensar suas políticas públicas.

Esse Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tem sido analisado por diferentes pesquisadores. Campos (2000), a partir de uma revisão de trabalhos anteriores, define “o denominado movimento sanitário – este ajuntamento de profissionais intelectuais e trabalhadores, todos mais ou menos socialistas e vinculados ao campo da saúde” e analisa: “Nós, integrantes do movimento sanitário, não temos sabido combinar a construção de uma contra-hegemonia com a consequente implementação de pequenas alterações legais e constitucionais possíveis em várias circunstâncias” (Campos, 2000). E essa leitura ainda faz muito sentido nos dias de hoje. Acredito que inúmeras mudanças pequenas são possíveis de serem aplicadas se o movimento sanitário se articular de uma outra forma.

Houve uma mudança na Constituição de 88 na qual o SUS e a Seguridade Social trariam uma primeira representação de responsabilização coletiva com a criação de um tecido social solidário e coeso, cumprindo com princípios de solidariedade social, como aponta Ana Luiza D’Ávila Viana (2013). Essa proposta de tecido social solidário encontra até hoje inúmeros desafios para ser implementada. Toda uma estrutura que permita a participação deve ser produzida nas diversas áreas para que a sociedade assimile essa dinâmica de participação social como algo natural ao exercício da cidadania. Trazendo a discussão para os dias de hoje, Sarah Escorel (2013) resgata os movimentos que ocuparam a rua no ano de 2013, apresentando como reivindicações saúde, educação e, sobretudo, participação. A autora traz questionamentos importantes: “Quantos manifestantes têm conhecimento de que há quase 25 anos existem os Conselhos e Conferências de Saúde no SUS? E se conhecessem esses espaços, sentir-se-iam representados? Teriam interesse em participar?” (Escorel, 2013). Antes mesmo de fazer essa

pergunta a respeito dos manifestantes devemos fazê-la a respeito dos nossos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, têm elas(es) interesse em participar?

Celia Almeida (2013) lembra que o Brasil mudou muito desde a transição democrática. E “qualificar essa mudança, com suas várias nuances em distintos momentos, torna-se importante entender os entraves à “reforma sanitária cidadã” (Almeida, 2013) lembrando que nossa sociedade é historicamente marcada por uma estrutura autoritária, hierárquica e pelo predomínio do espaço privado sobre o público, características essas que reforçam as relações de mando e submissão e naturalizam as desigualdades”. Essa crítica à sociedade atual é um fator histórico importante para pensar as relações do humano com o humano e dele com o território, e como isso se apresenta na realidade de hoje.

Gastão Wagner de Souza Campos (2013) destaca que a Reforma Sanitária brasileira e o SUS tiveram como marca não garantir só o acesso, “mas o acesso a outro modelo de atenção, a outro modelo de cuidado, que seja mais integral, que considere o bio-psico-social, o “todo” dos indivíduos, que valorize a autonomia e a clínica compartilhada com os usuários.” O que não significa adotar um modelo de atenção à saúde como sendo o ideal. Diversos modelos e diversos modelos com adequações regionais foram e são continuamente implementados pelo país. Essa diversidade e criatividade são pontos importantes de serem considerados pelo movimento sanitário, assim como as diferentes necessidades de estruturação do sistema de saúde, frente à diversidade dos territórios.

Ana Luiza D'Ávila Viana (2013) traz que:

A questão do bem comum, aquilo que não é propriedade de ninguém, como água, o ar, o clima, os recursos minerais do fundo marinho, a biodiversidade, o conhecimento e a cultura, a órbita celeste, as instituições, as regras, as normas e o capital social, aflora com nitidez depois dos processos de globalização e financeirização, que introduziram valores de mercado e individualistas na vida social, anulando o papel do bem comum como pressuposto necessário da vida social. (Viana, 2013 p. 1943)

Essa produção subjetiva que desconsidera o bem comum traz, potencialmente, uma desconsideração pelo espaço do outro.

Lilia Blima Schraiber e André Mota (2013) colocam que “a adoção do conceito de modelo assistencial nas propostas de mudanças em saúde, mais que do tecnológico, significou a prioridade da dimensão organizacional, restando a reforma dos processos de trabalho como subjacente”. E concluem dizendo que:

Portanto, não é verdade que as tecnologias sejam neutras e se moldem às mudanças na organização da produção assistencial, como tampouco é verdade que apenas mudanças na organização sejam capazes de transformar a produção assistencial em termos de seu caráter público/privado, centralizado/descentralizado, autoritário/participativo, acesso ampliado/seletivo etc. (Mota & Schraiber, 2013 p. 847)

Sarah Escorel (2013) também ressalta que o sistema participativo brasileiro em saúde é modelar para outros setores nacionais (assistência social, segurança pública, cidades), na instituição de conselhos e/ou conferências, provocando admiração e respeito internacional e sendo usado como exemplo bem-sucedido de processo decisório participativo. O SUAS (Sistema Único da Assistência Social) é um grande exemplo das influências positivas. Foi a principal deliberação no IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, e tem muita influência na sua estrutura, proposta e modo de organização baseados no Sistema Único de Saúde. Em 2012, foi criado o Sistema Nacional de Cultura que também trazia princípios e propostas baseados na experiência do Sistema Único de Saúde.

Atenção Básica é onde o SUS mais se aproxima da vida das pessoas, ocupando um lugar estratégico na construção da saúde pública. É onde os serviços tem mais claro sua atribuição em olhar para o território onde estão inseridos e considerar essa realidade ao pensar seu serviço de saúde, suas ofertas e sua relação com a comunidade. Considerar a realidade, o espaço e o tempo não só do território, mas do outro, não apenas o olhar coletivo, mas também o individual, o singular torna-se mais relevante nesse lugar da atenção básica, considerando que ali será o lugar suposto para a coordenação do cuidado.

Confesso que uma questão me causa incômodo na construção do SUS. Estaremos encarando os mesmos problemas daqui, digamos, 10 anos? Quais desafios devem ser enfrentados e com qual estratégia e intensidade? Só espero não me ver enfrentando as mesmas dificuldades e desafios daqui esse tempo.

A Atenção Básica

A Atenção Básica tem sido pautada como sendo muito central nos sistemas de saúde, o que promoveu uma série de mudanças e vem merecendo atenção em muitos países e no Brasil. Em 1920, o Relatório Dawson, na Inglaterra, já trazia como proposta um modelo de sistema de saúde centrado nos territórios e com coordenação a partir de centros de menor complexidade tecnológica (*dura) e mais próximo das pessoas que utilizavam o serviço.

...só pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica. (Informe Dawson, 1964 – tradução do autor).

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conclama os países a redirecionarem seu sistema de saúde para proporcionar atenção ao conjunto da população.

Em 1980, no Brasil, uma articulação entre setores do Ministério da Saúde e da Assistência Médica previdenciária propõe o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde), que pretendia estender os benefícios experimentados nos grandes centros e minimizar os efeitos da crise previdenciária. (Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI). Sobre a crise Previdenciária dos anos 80:

O debate sobre a crise previdenciária dos anos 1981-1983 foi uma enunciação dessas tensões que envolveram o cálculo de custos e benefícios, sendo o setor saúde apontado como o principal responsável pelo desequilíbrio financeiro do sistema, sugerindo-se o retorno à lógica restritiva dos anos 40. A transformação da crise em agenda pública estava em parte relacionada com os efeitos da crise econômica que provocou uma queda do PIB de -4,4% em 1980, uma expansão de apenas 0,6% em 1981 e depois uma nova retração de -3,4% em 1982. Como o fundo previdenciário era dependente direto da taxa de emprego, essa crise conjuntural afetaria, de imediato e duramente, a capacidade de arrecadação do sistema. (Costa, 1996 p. 03)

Houve uma reorganização da atenção à saúde do país, com ênfase nos serviços básicos, que se apresentou no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970 quando, no processo de luta pela redemocratização do país, o movimento sanitário envolvendo profissionais de saúde, profissionais de instituições universitárias, em especial de departamentos de medicina preventiva e social, estudantes, além de técnicos engajados de diferentes setores da saúde, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (Escorel, 1999).

Em 1982, o Plano do Conasp (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) rompe com a tendência centralizadora das políticas e abre espaço para o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas do governo - *federal, estadual e municipal*. A implementação das AIS permitiu uma importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (Escorel, 1999).

Em 1988, a constituição coloca um desenho regionalizado e hierarquizado de organização dos serviços de saúde, com um direcionamento para o papel dos municípios na atenção à saúde (Brasil, 1988).

Assim, na rede básica já constituída, conviveriam diferentes ações de saúde originadas nos modelos tecnológicos do período anterior – o campanhista, o médico-sanitário e o assistencial privatista –, sem que houvesse integração entre eles. Já definido constitucionalmente, o SUS precisava de bases legais e organizacionais, de modo que, depois da Constituição de 1988, as políticas de saúde deram prioridade a esses aspectos.

A confluência de um conjunto de fatores parece explicar a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) no período de 1996: a experiência bem-sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderiam representar mesmo para um governo de cunho neoliberal. É possível também que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como uma medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica (Conill, 2008).

Na prática, a implantação do PACS e PSF significava uma intervenção que não exigia dos governantes um investimento financeiro, tecnológico ou estrutural. O programa estava focado a regiões mais vulneráveis e não com a proposta de garantir a universalidade do modelo. Acabava por significar um modelo com melhor custo-efetividade, sem que isso exigisse do poder público um investimento maior na saúde e na atenção básica ou uma mudança de processos e modelos. Além disso,

...o caráter programático e normativo em que foi previsto inicialmente o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definido conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária, os Cuidados Primários em Saúde ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhes real valor como proposta ousada da “clínica ampliada”, age como auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: saúde coletiva cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica. (Merhy, 2014 p. 03)

Eleonor Conill (2008) afirma que com relação ao desempenho, o PSF tende a favorecer um trabalho territorializado, com participação em atividades na comunidade e bons resultados na cobertura de ações programáticas. A partir de 1996, a autora refere que houve um impulso na política de descentralização com Normas Operacionais favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local. Porém, mais do que reorganizar o modelo assistencial, o que predominou nesse momento foi o interesse em cumprir requisitos a fim de assegurar repasses federais. Isso teve um forte impacto na organização burocrática/administrativa dos serviços em saúde e das secretarias municipais.

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica vem reafirmar o papel da Atenção Básica dentro de um sistema complexo de cuidado à saúde nos dias de hoje.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011, Anexo 1)

Cecílio *et al.* (2012) trazem algumas considerações a respeito do lugar que a Atenção Básica ocupa hoje.

A primeira, é que a ABS se tornou um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. A vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. A rede básica é produtora de valores de uso para milhões de cidadãos. Nesse sentido, ela deve ser defendida como uma conquista a ser consolidada e aperfeiçoada. A segunda questão é que a ABS não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado, nesse momento em que o Ministério da Saúde coloca na ordem do dia a construção das redes temáticas. (Cecílio *et al.*, 2012 p. 01)

Construir essas condições comunicativas junto as trabalhadoras e aos trabalhadores da saúde deve ser uma prioridade na luta pelo direito à saúde.

A Atenção Básica de Campinas-SP

Campinas foi uma das cidades pioneiras na implantação do Sistema Único de Saúde. Ainda na década de setenta iniciou-se na cidade um projeto da saúde comunitária, liderado pelo então secretário de saúde doutor Sebastião de Moraes, articulando-se uma das primeiras experiências de atenção primária no Brasil. Foram criados vários Centros de Saúde que constituiriam o embrião da futura rede do SUS Campinas. Em 1978, a cidade já contava com 16 Postos de Saúde (Domitti, 2006).

Em 1989, no governo municipal de então, protagonistas do movimento sanitário estiveram na gestão e houve um forte investimento no sistema municipal de saúde, coincidindo com a criação do SUS. Já entre os anos de 1992 e 2000, a Atenção Básica deixou de ser uma prioridade para a administração pública que

passou a destinar sua atenção e recursos às unidades de pronto atendimento. (Nascimento, Correa & Nozawa, 2007).

No período entre 2001 e 2004, com o Programa Paideia, Campinas ficou conhecida como um dos municípios que mais investia em saúde no Brasil e passou a contar com 135 equipes de saúde da família. Além disso, vinculado a um programa de valorização, os trabalhadores da saúde passaram a ser capacitados para atuar de maneira mais acolhedora e humanizada. (Campinas, 2003; Nascimento, Correa & Nozawa, 2007)

Em termos estruturais, atualmente, o Município de Campinas conta com 63 Centros de Saúde, distribuídos entre os cinco distritos de saúde, sendo 12 no distrito Norte, 16 no distrito Sul, 10 no distrito Leste, 12 no distrito sudoeste e 13 no distrito Noroeste.

Entre 2005 e 2010 pode-se dizer que houve um hiato no que se refere à saúde, pois se caracterizou pela retirada de investimentos na Atenção Básica, sem proposição de estratégias ou diretrizes diferentes ou mesmo opostas às que foram implantadas durante o Programa Paideia. Já a partir de 2010, a gestão municipal, na área da saúde, manteve a ausência de investimentos na Atenção Básica e passou a assumir um posicionamento de oposição e enfrentamento às propostas de Apoio, de Cogestão e da Clínica Compartilhada que haviam sido construídas. Muitos dos dispositivos criados passaram a ser desconstruídos e foram implementadas medidas que buscavam impedir que os profissionais se dedicassem a essas atividades, como, por exemplo, a cobrança constante por produtividade e a falta de autonomia concedida aos trabalhadores para organizarem suas agendas (Oliveira, 2014).

O conceito de território na Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011 traz que a atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A PNAB afirma que a Atenção Básica deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Deve ser

...desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (Brasil, 2011)

A Atenção Básica tem os seguintes fundamentos e diretrizes que abordam a proposta de território:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde...

II - O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes...

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um

potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção...

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (Brasil, 2011)

A PNAB coloca, em sua atualização ocorrida em 2012, que:

...atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Reafirma uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. (Brasil, 2012)

E segue dizendo que:

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (Brasil, 2012)

Interessante notar a atualização da PNAB com a utilização de novos conceitos e propostas na sua formulação. Isso mostra a preocupação em repensar as práticas e teorias que direcionam o campo da saúde pública do país. Mas existirá a preocupação com relação às tecnologias e ferramentas que possibilitem novos arranjos e articulações para o cuidado que, da mesma forma, devem ser atualizadas e repensadas a partir da criação de novos conceitos?

O movimento das políticas públicas deve ser de permanente mudança e a PNAB no país foi gradualmente se desenvolvendo e aperfeiçoando. Busca reafirmar uma AB acolhedora, resolutiva e avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, também, no reconhecimento de diferentes modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF (Estratégia Saúde da Família), houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

Novos conceitos

O conceito de território para a presente pesquisa não é exatamente esse, mas também envolve essa perspectiva trazida dentro da PNAB. Os conceitos, assim como as políticas, são dinâmicos e o conceito de território tem sido trabalhado por diversos autores ao longo do tempo. Buscamos trazer algumas contribuições de Félix Guatarri e Gilles Deleuze, assim como dos autores brasileiros que utilizam da sua teoria como uma das suas referências.

Para Deleuze a ocupação da filosofia é a da criação/produção de conceitos: “Filosofia é a arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos” (Deleuze & Guattari, 1993). E não há conceitos simples. Todo conceito tem componentes e se define por eles. Dessa forma, todo conceito tem mais de um componente e também não haveria então conceito que possua todos os componentes. Todo conceito também remeteria a um problema e por isso todo conceito teria uma história.

O conceito seria um todo fragmentado composto por uma articulação de elementos e componentes, esses mesmos conceituais, distintos, mas inseparáveis e intrinsicamente relacionados, agrupados em zonas de vizinhança

(indiscernabilidade) (Machado, 2009). O conceito não existiria de forma isolada e a filosofia é então formada por conceitos inter-relacionados. A criação de conceitos passa por essa conexão de componentes inseparáveis até a saturação, de modo que não se poderia mais alterar um desses conceitos componentes sem mudar o conceito. Mudar as conexões de um conceito alteraria o conceito em si.

Essa conexão dos elementos de um conceito e os diferentes conceitos em um mesmo sistema conceitual é o que Deleuze chama de Devir do Conceito. Mesmo tendo histórias diferentes, os conceitos podem ser conectados e compor uma filosofia. Um conceito ter uma história significa que ele não é criado do nada, significa que ele foi preparado por conceitos anteriores.

Neste trabalho apresentaremos a proposta de território entendida nessa pesquisa a partir do conceito de território desenvolvido por Deleuze e Guatarri e trabalhado por alguns outros autores.

O tratamento de território na presente pesquisa

O território que se considera neste trabalho é o existencial, formado por fatores que envolvem desde os locais pelos quais os indivíduos vivem e circulam, como também formados por fatores internos, aqueles que invoca a familiaridade para cada indivíduo, aquilo que lhe permite trabalhar, se cuidar, montar estratégias de trabalho e cuidado, o aconchego, se relacionar.

Guattari e Rolnik (2005) destacam que o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido, e no seio do qual o sujeito se sente em casa, no qual se expressam comportamentos, investimentos vividos nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos.

Um território formado a partir da subjetividade em cada pessoa. Sua história, o tempo-espaço em que esteve inserido, os ambientes pelos quais circulou, tudo pode influenciar nos territórios nos quais seus afetos e emoções circulam. O ser humano busca manter-se no território conhecido, concreto ou subjetivo, ou busca expansão, ampliação de territórios relacionais e a repercussão destes movimentos são causadores de afetos.

Essa subjetividade cria um plano de consistência, uma configuração estável de um conjunto de elementos, jeitos, gestos, sensações. Nossos corpos são

atravessados por sensações e signos que se constituem no seu encontro com o mundo e dos corpos contidos na terra. De espaços caóticos, nos quais os desejos, sentimentos e emoções circulam sem limitações, Deleuze e Guattari consideram que os meios seriam componentes direcionais presentes nesse caos. Esses meios que circulam no caos tendem ao esgotamento e para revidar essa ameaça ele estabelece ritmos.

Os meios são abertos no caos, que os ameaça de esgotamento. Mas o revide dos meios é o ritmo. O que há de comum entre o caos e o ritmo é o entre-dois, entre dois meios. É nesse entre-dois que o caos se torna ritmo, é antes o meio de todos os meios. (Deleuze & Guattari, 1997^a, p. 119)

Mas nos meios e no caos ainda não teríamos os territórios. O território seria um ato que afeta os meios e os ritmos, e assim os "territorializa". O território é então o produto de uma territorialização dos meios e dos ritmos. Os afetos tomam corpo estabelecendo ritmos, tornando-se expressivos e delineiam um território, fazendo uso de uma parte desses meios aos quais esteve imerso. O território se constitui a partir do momento que os componentes desse meio param de ser direcionais e se tornam expressivos.

Precisamente há território a partir do momento em que componentes de meios param de ser direcionais para se tornarem expressivos. Há território a partir do momento em que há expressividade do ritmo. É a emergência de matérias de expressão (qualidades) que vai definir o território.

A questão é se o componente se tornou expressivo e que seu sentido seja marcar um território. A territorialização seria então o ato do ritmo tornado expressivo, ou dos componentes de meios tornados qualitativos. A marcação de um território é dimensional, é um ritmo. (Deleuze & Guattari, 1997^a, p. 121)

Rolnik (2011) nos diz que a matéria-prima da cartografia são as marcas que se fazem em um corpo. Essas marcas vão sendo compostas por aquilo que nos afeta de alguma maneira, compondo combinações para cada elemento presente nos territórios pelos quais atravessamos na relação com o mundo e com os outros corpos. Uma cartografia do meio em que se está inserido, produzindo mapas das

sensações, afetos e sentimentos que estão ali sendo traçados e produzidos. Um ser desejante se move a partir de agenciamentos na busca do que precisa ou se identifica, movido pelo desejo, que lhe permite investir sobre outros territórios num determinado momento, num determinado espaço.

Os meios não param de passar uns pelos outros assim como atravessam territórios. O território é ele próprio, lugar de passagem. O território é o primeiro agenciamento, a primeira coisa que faz agenciamento.

Todo agenciamento envolve uma territorialidade. O território cria o agenciamento e, ao mesmo tempo, excede o organismo e o meio, e a relação entre ambos. O agenciamento extrapola o espaço geográfico e como tudo pode ser agenciado, tudo também pode ser desterritorializado e reterritorializado. Se a criação dos territórios se dá através de agenciamentos, Haesbaert afirma que devemos reconhecer que estes são de dois tipos, mas que não serão aprofundados nessa pesquisa:

- Agenciamentos coletivos de enunciação
- Agenciamentos maquínicos de corpos

Trabalhadores e usuários do serviço de saúde trazem consigo seus territórios que irão compor com os múltiplos territórios encontrados no interior do serviço de saúde. Não podemos considerar que trabalhadores ou usuários vêm ao local de cuidado desterritorializados. Cada um traz aqueles territórios que o faz sentir-se em casa, com seus elementos e signos articulados e agenciados entre si. E a entrada no serviço de saúde não necessariamente provoca uma desterritorialização. A evocação de experiências anteriores, que remetem a um território mais conhecido e seguro, pode significar a base para entrar num novo território, mas isso pode se dar por diferentes processos, momentos ou encontros.

Os movimentos de desterritorialização não são separáveis dos territórios que se abrem sobre um alhures e os processos de reterritorialização não são separáveis da terra que restitui territórios. São dois componentes, o território e a terra, com duas zonas de indiscernibilidade: a desterritorialização (do território à terra) e a

reterritorialização (da terra ao território). Não se pode dizer qual é primeiro (Deleuze & Guattari, 1993).

Haesbaert (2015), ao dialogar com o conceito de desterritorialização e reterritorialização de Gilles Deleuze e Félix Guattari, apresentado em *Mil Platôs* (Deleuze & Guattari, 1997b), defende que habitamos mais de um território, pois é raro que apenas um seja suficiente para assumir todas as dimensões de uma vida individual ou de um grupo, ou seja, que o indivíduo vive ao mesmo tempo em seu “nível”, em nível de sua família, e também de um grupo, de uma nação. Existe, portanto, um multipertencimento territorial de acordo com o autor.

Um território está sempre em vias de desterritorialização, ao menos potencial, em vias de passar a outros agenciamentos, mesmo que o outro agenciamento opere uma reterritorialização. (Deleuze & Guattari, 1997b, p 144)

Este trabalho busca compreender como se dá o contato com o território do outro, aquele que nem sempre desempenha seu papel como o desejado, usuário e trabalhador da saúde e se é possível identificar encontros com potência para ações produtoras de vida e cuidado.

Nessa direção, os autores também afirmam que o território pode desterritorializar-se, ou seja, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e destruir-se, e que a reterritorialização consistirá em uma tentativa de recomposição desse território engajado num processo desterritorializante (Guattari & Rolnik, 2005). O desejo seria maquínico. O desejo nunca viria isolado, mas em conjunto com outras coisas. O desejo viria agenciado e sendo assim criaria territórios, pois ele faz um conjunto de agenciamentos. (Haesbaert, 2015).

Esses territórios não são estáticos, estão em constante construção, desconstrução e reconstrução. Processos esses que chamaremos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Não são processos antagônicos, são complementares entre si. Conceitos complexos. Foi um grande desafio entender minimamente o significado dessas novas palavras e os sentidos que traziam para permitir uma leitura do material da pesquisa.

Neste trabalho buscamos refletir sobre o processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, como processos concomitantes, fundamentais no entendimento das práticas humanas. Daremos um olhar em especial aos processos que encontramos nos serviços de saúde buscando entender alguns dos múltiplos territórios que coexistem nesse espaço, dentro daquilo que a metodologia proposta nos permitir acessar. E acessar diferentes territórios pode significar a necessidade de diferentes metodologias.

OBJETIVOS

O objetivo principal do presente trabalho foi de se aproximar do trabalhador de uma Unidade Básica de Saúde e construir alguma compreensão do território do trabalho da atenção básica a partir dos conceitos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

Especificamente, analisar o trabalho em um serviço de Atenção Básica de Saúde a luz dos conceitos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização e os trabalhadores e trabalhadoras em suas relações na equipe de saúde e com os usuários.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa em Campinas

As negociações necessárias ao início do trabalho de campo da pesquisa no município de Campinas tiveram início com um contato do coordenador da pesquisa com o Secretário Municipal de Saúde de Campinas durante o Congresso de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), em 2013. Assim feito esse contato inicial, o secretário indicou a coordenadora da atenção básica do município para articular o processo de negociação, ficando o grupo de pesquisadores do núcleo de Campinas incumbidos de dar continuidade ao diálogo com ela.

A primeira reunião dos pesquisadores de Campinas com a coordenadora da atenção básica ocorreu em junho de 2013 e, na oportunidade, rediscutiu-se o projeto de pesquisa, seus objetivos e se ponderou sobre o perfil desejável das unidades de básicas de saúde que participariam da pesquisa. A coordenadora concordou que seria importante trabalhar em unidades de saúde que estivessem funcionando com estrutura de área física adequada, com equipe local suficiente e com trabalho de gestão local em razoável harmonia.

Por meio de contatos telefônicos, foi acordada a primeira reunião da coordenadora do serviço com nosso grupo de pesquisadores, a qual ocorreu em setembro de 2013. Após a apresentação do projeto, a coordenadora fez algumas perguntas sobre o processo a ser desenvolvido na UBS, o tempo que levaria e quem seria o pesquisador-cartógrafo. Em um segundo momento da reunião, ela nos mostrou toda a unidade com detalhes e também durante o percurso nos apresentou aos trabalhadores em suas áreas de atuação. Ao final da visita, comentamos que a equipe do projeto receberia a visita de uma pesquisadora portuguesa, responsável por acompanhar a pesquisa em seu país, e que teríamos a intenção de levá-la à unidade a fim de que ela conhecesse o local e a realidade do entorno da UBS. Com a anuência da coordenadora, a visita da pesquisadora ocorreu na semana seguinte à nossa visita.

Na mesma semana em que a pesquisadora portuguesa visitou a UBS, o grupo de Campinas estava convidado a comparecer à reunião geral das equipes do CS para discutir coletivamente o projeto. Assim, os cartógrafos e o grupo de

campinas estiveram presentes na reunião, que contou com a participação significativa de mais de 50 profissionais de saúde. O grupo dos pesquisadores explicou a origem da pesquisa e como ela aconteceria em diversas unidades de saúde simultaneamente. Como era esperado, algumas perguntas surgiram na reunião geral por parte dos trabalhadores, como, por exemplo: “Como teremos acesso ao produto dessa pesquisa?” e “Quanto tempo vocês ficarão no serviço?”. Além disso, elas teceram algumas considerações para, de alguma forma, contribuir com nossa pesquisa, como, por exemplo: “É interessante ver o funcionamento do período da manhã e da tarde, porque tem ritmos bem diferentes”, disse uma técnica de enfermagem; “...é um outro olhar para aquilo que fazemos”, afirmou outra trabalhadora da UBS. Também houve um médico presente que perguntou se suas consultas seriam observadas. Respondemos que eventualmente esse tipo de observação poderia se tornar desejável, mas que apenas se ele e o paciente permitissem. Após essa explicação, ele concordou que esse tipo de acesso pudesse vir a ocorrer no futuro. Quando houve a finalização das perguntas e dos apontamentos por parte dos trabalhadores, a coordenadora perguntou a todos se concordavam com a realização da pesquisa e não houve voto contrário.

A primeira etapa da pesquisa teve início na semana seguinte à reunião, quando se organizou a ida contínua à UBS em dias e períodos variados. A pesquisa durou aproximadamente 12 meses em sua etapa de trabalho de campo. Na prática, essa etapa ainda não foi finalizada até o processo de conclusão desta dissertação, restando ainda o compromisso do pesquisador de retornar para dar algumas respostas referentes à pesquisa, assim como outros compromissos assumidos durante o tempo de convivência com os trabalhadores e gestoras do serviço.

O núcleo de Campinas se reuniu quinzenalmente para discutir o material registrado pelos pesquisadores em cada uma das duas unidades participantes da pesquisa. A discussão teórica e metodológica a respeito da proposta da presente dissertação de mestrado, cujo objetivo é investigar a relação dos trabalhadores com o território, ficou sob responsabilidade do grupo de Campinas, enquanto o grupo de São Paulo promoveu as discussões e temas que perpassavam todos os Centros de Saúde.

Essa observação mais cuidadosa sobre a relação do Centro de Saúde com o território foi se construindo à medida que o processo cartográfico nos apontava para a relação entre os trabalhadores e o território. Assim, como motivador

da pesquisa, o território se coloca como a lente que vai nortear o trabalho analítico desenvolvido a partir do que se foi produzindo no trabalho de campo.

Finalizada a pesquisa em campo, deu-se continuidade ao processo de análise do material colhido. Os encontros que eram quinzenais em São Paulo tornaram-se semanais para permitir discussões mais aprofundada acerca de todo o material e experiências colhidas.

Anotações e Registros

As anotações e registros ocorreram de forma diversificada e foram um desafio durante toda a pesquisa. Foram utilizadas diferentes técnicas para registro, desde anotações realizadas ao final do campo a gravações em áudio no trajeto após o campo. A orientação do grupo era de evitar o registro imediato no campo para não criar constrangimentos frente dxs trabalhadorxs, prejudicando a relação com elxs e a própria pesquisa. O material era posteriormente digitado e compartilhado com os participantes do grupo de pesquisa de Campinas e São Paulo. Esse processo acontecia com o material de todos os 7 pesquisadores-cartógrafos.

O material final deste pesquisador culminou em aproximadamente 25 registros com o conteúdo de um ou mais dias de campo cada um. Cada registro contém uma ou mais cenas que ocorreram junto ao pesquisador e buscam trazer acontecimentos que, de alguma forma, afetaram o pesquisador e os trabalhadores.

Laura Pozzana de Barros e Virgínia Kastrup nos trazem que:

O diário de campo é um elemento importante para a elaboração dos textos que apresentarão os resultados da pesquisa. A polifonia do texto (Bahktin, 1990; 2003) é sempre um objetivo e também um desafio, comparecendo de diferentes modos (Kastrup & Barros, 2009, p. 71).

O modo com que a pesquisa transcorreu até o momento não possibilitou essa polifonia. Esse ponto se mostrou como um dos limites nos modos em que a pesquisa se organizou, o que não diminui, de forma alguma, a sua potência.

Nessa pesquisa, conforme foi proposta inicialmente, o principal instrumento de trabalho do pesquisador-cartógrafo é seu diário de campo, ou o

diário de bordo; os relatos, as experiências, as percepções, os sentimentos, as descrições.

Os cadernos [diários] são como os hipomnemata, que Michel Foucault (1992) discute ao apresentar as práticas de si dos gregos, que tinham como objetivo administrativo reunir os logos fragmentado, constituíam uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas [...] Formavam também uma matéria-prima para a redação de tratados mais sistemáticos. (Barros & Kastrup, 2009 p. 70)

O fato é que, durante as conversas e discussões com os grupos, inúmeras cenas e fatos acontecidos no período de campo vinham à tona. As conversas e diálogos faziam emergir outras cenas que não haviam sido redigidas, mas que de alguma forma foram resgatadas nos momentos de trocas de experiências, conforme o tema estimulava ou o próprio relato das outras pesquisadoras-cartógrafas ia suscitando. Sempre que possível, essas cenas eram então registradas devidamente, mas sem dúvida que inúmeras outras permaneceram apenas no registro da memória do pesquisador e trabalhadoras envolvidas.

Sobre o Método Cartográfico

A cartografia tradicional se refere à ciência da representação gráfica da superfície terrestre, tendo como produto final o mapa. É a ciência que trata da concepção, produção, difusão, utilização e estudo dos mapas.

Os órgãos dos sentidos humanos nos permitiriam também traçar certos mapas da realidade à nossa volta. Rolnik (2011) nos traz que cada um dos nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade. A primeira corresponderia à percepção a qual nos permite apreender o mundo em suas formas para então atribuir-lhes sentidos a partir das representações de que dispomos. Essa capacidade estaria associada ao tempo, à história do sujeito e à linguagem. A segunda capacidade nos permite apreender a alteridade como campos de forças vivas que nos afetam e se tornam presentes na forma de sensações. O exercício dessa capacidade está desvinculado da história do sujeito e da sua linguagem. Com ela,

dissolve-se aquilo que separa o corpo do mundo e torna o outro como parte de nós mesmos ao integrar nossa textura sensível.

A tarefa do cartógrafo é dar língua para afetos que pedem passagem. Do pesquisador-cartógrafo se espera que esteja mergulhado nessas intensidades de seu tempo e atento às linguagens que encontra, devorando aquelas que lhe parecem compor elementos possíveis de cartografias que se fazem necessárias.

O que há por todos os lados são intensidades buscando expressão. Deve-se então mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem. O importante é que ele – o pesquisador-cartógrafo - esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe a acompanhar e utilize a linguagem não como um veículo de mensagem-e-salvação, mas como criação de mundos. (Rolnik, 2011, p. 12)

A cartografia acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de outros mundos – as perdas de sentido– e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos. A esses processos podemos também chamar de desterritorialização e territorialização. Deleuze acrescenta que “o território só vale em relação a um movimento através do qual se sai dele”. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas, completaria Rolnik.

Dessa forma, para o pesquisador-cartógrafo tudo o que der língua para os movimentos do desejo, para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Ele deve participar, embarcar na constituição de territórios existenciais e constituição de realidade (Rolnik, 2011).

Subjetividades e objetividades se fazem a partir dos diferentes ritmos, interesses, percepções e materialidades presentes. O cartógrafo se faz por um regime de afetabilidade, ele toca e é tocado. Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas. (Passos, Kastrup & Escóssia 2009)

Barros e Kastrup (2009) irão reconhecer que cartografar é acompanhar processos, em tal método havendo um “...mergulho no plano da experiência, lá onde

conhecer e fazer se tornam inseparáveis". Assim, na cartografia conhecer é fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. Ou seja, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos.

A cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. (Barros & Kastrup, 2009, p. 57)

A cartografia visa a acompanhar um processo, e não representar um objeto. Trata-se de investigar um processo de produção. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim (Kastrup, 2009). O método, assim, reverte seu sentido, atenta ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas (Passos *et al.*, 2009).

O pesquisador-cartógrafo é formado no acesso ao plano coletivo das forças em meio aos mundos. O cartógrafo, assim, vai criando corpo junto com a pesquisa. Trata-se de ganhar corpo para além de sua funcionalidade orgânica, biológica. (Pozzana, 2013)

A metodologia adotada, a cartografia, trata também de superar a relação observador-objeto que tradicionalmente é colocada nas pesquisas. Conforme explicitado acima, o pesquisador deve adotar uma postura diferente do tradicional. Para conectar os afetos que nos surpreendem precisa ativar o potencial de ser afetado, educar o ouvido, os olhos, o nariz para que habitem as expressividades e os processos. Não deve então impor suas questões ao campo, mas compor junto com as questões do campo, como que na tentativa de experimentar aquele território, partilhar e produzir conhecimento a partir dessa composição junto com os outros habitantes desse território.

O desafio é evitar que predomine a busca de informação para que então o cartógrafo possa abrir-se ao encontro (Kastrup, 2009). Um grande desafio a essa

proposta metodológica é pensar essa dinâmica em um grupo de pesquisa inserido em uma universidade com todas as suas normas e formas de operar. Pensar na aplicação da cartografia como método implica em enfrentar uma estrutura, burocracia, tecnologias e dinâmicas voltadas para outro modo de se produzir conhecimento. Muitas são as barreiras e desafios que precisariam ser enfrentados para permitir que uma nova forma de produção de conhecimento tomasse vida.

Imaginar essa proposta cartográfica em conjunto a um projeto de mestrado foi um desafio. O projeto de mestrado pressupõe uma pergunta a ser respondida ou ao menos, objetivos a serem alcançados. Além disso, os estudos de cada grupo de pesquisa vão dando uma certa direcionalidade a cada pesquisador em campo, provocando e instigando a pesquisar situações próximas ao seu campo de estudo, o que de certa forma destoa do método cartográfico.

Os analisadores

Para o presente projeto, foram definidos alguns analisadores que tem como objetivo direcionar o olhar do pesquisador sobre a experiência vivida e o material produzido. Pretende-se com isso aprofundar uma questão que será o tema da pesquisa.

Os analisadores serão:

- Território
- Desterritorialização
- Reterritorialização

Relembrando o conceito trazido por Guattari e Rolnik:

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seu da qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nas quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (Guattari & Rolnik, 2005, p. 323)

Haesbaert (2015) coloca que a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território e a reterritorialização é o movimento de construção do

território (Deleuze & Guatrari, 1997b). No primeiro movimento, os agenciamentos se desterritorializam e no segundo eles se reterritorializam como novos agenciamentos. E um território está sempre em vias de desterritorialização, ao menos potencial, em vias de passar a outros agenciamentos.

A experiência da cartografia

O presente trabalho de mestrado teve como campo de pesquisa o processo do projeto intitulado “A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para (re) configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus profissionais e usuários”. O grupo de pesquisa coordenado pelo prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio iniciou o processo da pesquisa atual em fevereiro de 2013, tendo desde o início a proposta de utilizar o método cartográfico.

À semelhança da experiência acumulada na investigação “As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização de serviços de saúde”, ponto de partida deste projeto, realizaram-se seminários quinzenais de pesquisa com a participação de todos os membros dos núcleos. É neste coletivo que se apontavam as direções para a investigação, fosse para a realização de seminários de aprofundamento teórico-conceitual sobre o nosso objeto de pesquisa, fosse revendo e propondo novas táticas e técnicas de coleta de dados e de análise do material empírico. É ali que se propôs a ocorrer, portanto, a reflexão da pesquisa e a análise do material empírico. Constitui-se, assim num espaço coletivo de produção de conhecimento, sendo um local de análise, formação e aprendizado compartilhado de professores, pesquisadores e profissionais ligados às secretarias municipais de saúde que compuseram o grupo.

A partir dessa experiência cartográfica no campo de prática pretendemos construir entendimentos, análises, críticas a essa relação do trabalhador com o território. É possível fazer isso com a cartografia? Isso pode ser estudado com uma lógica cartográfica? Talvez ela não seja uma cartografia “puro sangue”. Muitos fatores parecem ter afetado nossa pesquisa para a qual “tornar-se” cartográfica seria algo desafiador. Será que o desenho proposto permitiria tal metodologia? A impressão que tenho hoje, olhando o projeto inicial, é que a pesquisa foi desenhada como campo objeto, e que deveria responder as questões dos pesquisadores. No entanto, existia um desejo de desenvolver um processo cartográfico. O grupo de pesquisa foi aos poucos se transformando e transformando uma pesquisa, que no início possuía características mais etnográfica, em um processo cada vez mais cartográfico.

Em Campinas, conseguimos criar um espaço de reflexão para que pudéssemos aprofundar os estudos a respeito desse método, o que permitiu bons avanços a respeito do nosso grupo. Conseguimos, ainda, criar uma matéria da pós-graduação que estuda esse tema e com crescente procura por parte de novos alunos.

Durante a pesquisa de campo, procurei acompanhar e fui convidado para acompanhar os mais variados trabalhadores da unidade, nos mais variados espaços que eles ocupavam. Estive com os trabalhadores durante os atendimentos individuais, durante discussões de casos, enquanto tomavam seu café, no atendimento de urgência, pelos corredores da unidade de saúde.

Foi possível ter contato com ACS (Agentes Comunitárias em Saúde), médicxs, seguranças, enfermeirxs, técnicxs de enfermagem, faxineiras e alguns usuários. Entender o que faziam e porque faziam era uma proposta inicial que disparava longos diálogos a respeito do centro de saúde ou do seu papel como trabalhador da saúde. Outros processos também permitiam disparar esses diálogos, sejam intercorrências do dia a dia, acontecimentos que deixavam a equipe preocupada ou aflita, ou meramente, curiosidade deles ou minha em puxar assunto.

O que foi cartografado? Pessoas? Desejos? Vidas? Processo? Fluxos? Difícil dizer ao certo. Longe de mim pensar que tudo foi cartografado, ou que nada foi cartografado. Momentos muito intensos pude compartilhar com alguns trabalhadores. Se não houve uma troca mais intensa foi por insegurança e inexperiência minha como perquisador-cartógrafo, mas não foram poucas as oportunidades e desejos para que esse aprofundamento ou mergulho acontecesse. Sem dúvida, em alguns momentos isso de fato aconteceu.

Uma coisa chamou a atenção durante o processo da pesquisa. No início o grupo de pesquisa - tanto em São Paulo quanto em Campinas - se perguntava se estaríamos mesmo fazendo uma pesquisa cartográfica. Considero isso muito saudável, no sentido de o grupo rever suas práticas e refletir sobre o como que estaríamos produzindo conhecimento. Mas uma coisa que me chamou a atenção é que, mesmo depois de um ano do grupo realizando a pesquisa, essa pergunta ainda voltava – “Estamos mesmo fazendo cartografia?”.

A cartografia é um modo de pesquisa que trabalha a partir de um conjunto de conceitos pouco praticados no nosso universo de pesquisa. A intenção de compreender e interpretar esses conceitos deve ser permanente por parte dos

pesquisadores, de forma a estarem permanentemente revendo e relendo textos e artigos que fundamentam o método.

Vale lembrar que o grupo de pesquisa optou pela cartografia a partir dessa pesquisa atual. Até então, outras metodologias eram adotadas pelo grupo. A pesquisa que disparou esse processo atual, por exemplo, foi desenvolvida a partir da construção conjunta de narrativas, produzidas após análise exaustiva das entrevistas com usuários do SUS da pesquisa anterior.

Acho importante destacar isso para entender o próprio processo de produção de conhecimento dentro de um grupo de pesquisa. Houve uma mudança da maneira de se produzir pesquisa de uma pesquisa para outra. Isso implica em mudança de conceitos e referenciais. Outros autores passaram a fundamentar o método proposto. É uma mudança delicada e que exige dos integrantes um processo reflexivo importante. Trazer pesquisadores de outros grupos foi fundamental para troca de experiências e criar um território no qual o próprio grupo se sentisse mais seguro em percorrer. Essa mudança trouxe momentos importantes ao grupo de São Paulo. Inúmeras vezes nos pegamos discutindo o método e como estávamos aplicando ou não essa metodologia.

A leitura que faço do momento é estarmos em um processo de mudança. Não poderíamos esperar que o grupo já iniciasse uma pesquisa utilizando todos os conceitos e práticas que a nova metodologia se propõe. Seria um processo de mudança gradual e talvez permanente. Encarando dessa forma, seria esperado que o grupo estivesse sempre revendo sua prática e repensando novas formas de pesquisar. E isso foi ocorrendo ao longo da pesquisa. A cada encontro entrávamos em discussões a respeito de como seria o próximo encontro e como trabalharíamos com o material e o processo da pesquisa. Era um processo de construção em ato, mas que deve considerar as forças externas que impõem limites.

Isso me chamou a atenção para o processo instituído com que os próprios grupos de pesquisa fazem sua produção de conhecimento. De como os referenciais utilizados por um grupo funcionam para definir o método que o grupo se reproduz e produz.

Existem inúmeras críticas por diversos pesquisadores em relação a academia e a quem atualmente produz conhecimento, para quê e para quem esse conhecimento é produzido. O distanciamento que existe entre as reais necessidades da população e as pesquisas que são realizadas nos centros de pesquisa. Os

próprios grupos de pesquisa constituem essa universidade e, logo, reproduzem essa maneira de fazer conhecimento.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS REGISTROS CARTOGRÁFICOS

Passos, Kastrup e Escóssia (2009) colocam que, para a cartografia:

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método - não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas '. A reversão, então, afirma um hódos-metá. (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009, p. 17)

Assim, o trabalho do pesquisador em uma proposta cartográfica não pode ser feito com regras prontas e objetivos pré-estabelecidos.

Para o pesquisador, não partir de um objetivo ou método pré-elaborado pode ser um grande desafio em si. Muitos modos são possíveis de serem trabalhados, mas um ou alguns terão de ser escolhidos para permitir uma narrativa do processo.

Do período no qual fiquei em campo, quase um ano praticamente, foi possível produzir inúmeras cenas, as quais, conforme nos traz Rolnik (2011), têm a tarefa de dar língua aos afetos que pedem passagem. Durante a escrita dessas cenas eu procurava trazê-las de modo que o grupo de pesquisa e os leitores pudessem entender a dinâmica do encontro e os afetos e discursos presentes, me permitindo mergulhar nas intensidades e atento às linguagens que encontrava. Para o presente trabalho, tive de selecionar algumas para possibilitar uma leitura e análise dentro do tempo disponível e da proposta a que esse mestrado se propõe. Certamente, muito menos do que me permitiram percorrer, navegar, durante minha permanência no serviço.

São temas que, por um lado, eram trazidos de forma muito intensa pelas pessoas que acompanhei ou, por outro lado, foram questões que me afetaram muito como pesquisador.

As cenas foram organizadas em 8 partes, selecionadas por diferentes características, hora por um tema comum, hora pelo espaço no qual aconteceram, e

que não seguem uma ordem necessariamente cronológica. Algumas foram colocadas próximas por dar sequência a um mesmo tema, acontecimento ou proposta, possibilitando entender alguns processos.

A partir das cenas, utilizo o conceito de território, territorialização e desterritorialização como analisadores. A proposta é que, a partir do conceito desenvolvido por Deleuze e Guattari de Território, olhar os espaços de trabalho em saúde aqui, em particular, da atenção básica em saúde.

O primeiro item trata da minha entrada no campo como pesquisador. O segundo traz os encontros que ocorreram em espaços específicos do centro de saúde. O terceiro resgata os encontros com as agentes comunitárias de saúde. O quarto item trata do espaço da farmácia, um dos mais utilizados pelos usuários do território e os encontros com as trabalhadoras que ali circulavam. O quinto item traz um tema que atravessou todo o percurso da pesquisa, que foi o Acolhimento. O sexto item traz as cenas nas quais a agenda torna-se uma questão em comum que influencia os encontros. O sétimo mostra a violência no bairro e a forma como alguns trabalhadores lidaram com isso. Por último, no item 8, encontros diversos que traziam, de alguma forma, territórios existenciais que faziam sentido para um ou mais trabalhadores da atenção básica em saúde.

Apresentando a cartografia numa Unidade Básica de Saúde de Campinas-SP

Entrada

Primeiro dia

Caminhei pela unidade. Algumas portas fechadas, algumas pessoas se ocupando nos seus papéis ou computadores... algumas outras com pacientes, orientando ou atendendo. Dentre todas, a recepção me pareceu um clima receptivo, não só pela equipe que estava lá, mas de certa forma esse era um

dos seus papéis... receber pessoas. Achei que seria um bom local para entender o fluxo por onde o trabalho acontecia na unidade.

Os outros lugares pelos quais passei observava as pessoas ocupadas, portas fechadas, pessoas caminhando de um lugar a outro. Os diferentes espaços do centro de saúde se comportam de diferentes maneiras, alguns mais permeáveis do que outros, não só pelas pessoas que possibilitavam maior ou menor abertura como pela própria estrutura do espaço que permitia uma maior ou menor circulação. Certos momentos tive uma impressão de enquadramento do espaço com seus objetivos, normas e regras (de cada espaço).

A todo momento alguém se aproximava do balcão buscando informações. A técnica C que estava no local foi a todo momento muito atenciosa. Com olhar calmo e sereno escutava a todos, olhando nos olhos. Após escutar o pedido ela respeitosamente se virava para mim, pesquisador, e explicava qual era a demanda daquela pessoa e qual o procedimento que ela deveria tomar estando ali na recepção. Sua atenção e cuidado com o usuário era igual a reservada ao pesquisador. Cada pedido do usuário disparava um processo interno.

Como forma de organização, esse centro de saúde instituiu senhas para atendimento na recepção e nas salas com maior demanda. Alguns mais desatentos, os apressados e alguns inconformados acabavam provocando mudança nessa organização, o que é muitas vezes motivo de reclamação pela equipe durante as conversas. Mas a grande parte dos pacientes e familiares, a um primeiro olhar, parecem se adequar a essas normas e fluxos conforme vão sendo orientados.

A recepção é um local da saúde que aceita/recebe diretamente a influência de fora. Um primeiro local para uma possível composição ou tentativa de entendimento do território de quem acessa o centro de saúde. No seu modo de se organizar, com suas normas, regras, elementos e fluxos, os serviços de saúde vão estabelecendo um território que lhes é característico. Esse processo cria um estranhamento de quem vem de fora, que deve se esforçar para entender os códigos vigentes e encontrar espaços para se reorganizar conforme lhes são orientados.

Alguns locais possuem um maior potencial de permeabilidade à influência dos usuários que trazem suas demandas. A recepção de um serviço de saúde pode

tornar-se mais ou menos permeável. Cada trabalhador e cada usuário lida de forma diferente com essas forças, alguns se atendo mais as regras, outros olhando para a necessidade que era trazida. Um mesmo trabalhador poderia hora ter determinada conduta conforme os pactos internos definiam e em outro momento tomar uma atitude diferente porque os elementos que se apresentavam lhe afetavam de outra forma.

O usuário parece se deparar com um território do serviço atravessado e definido por regras, códigos, formas de organização próprias do serviço da saúde. A forma como cada usuário responde, assim como a forma como lhe é apresentado pode influenciar muito nas possibilidades desse encontro ser mais ou menos produtivo.

Encontro na Recepção

Nesse dia junto na recepção estava a técnica de enfermagem N, sempre alegre e brincalhona. Em determinado momento ela discute com um paciente de muletas que aguardava a troca do seu curativo no pé. Ele aparentava estar irritado e ameaçava a técnica do outro lado do balcão da recepção.

-Vou bater em você com essa muleta! Falava ele.

- Pode tentar, quero ver você conseguir! Respondia ela, hora séria, hora com um sorriso no rosto.

Mais séria e ponderada, a técnica de enfermagem H tentava acalmá-lo, falando de longe:

- Só mais um pouquinho senhor X, já irão atendê-lo.

Todos da unidade já pareciam conhecer a maneira de se expressar daquele paciente e sua agressividade. Em nenhum momento a equipe demonstrou preocupação com as ameaças. A todo instante alguém dava atenção a ele, conversando e o acalmando. Momentos depois ele é atendido e na saída ele se despede de todos com certa cordialidade.

O paciente não é estranho àquelas trabalhadoras que já conhecem seu jeito e cada uma delas desenvolveu suas formas de lidar com a situação naquele momento. Foram formas de lidar com a revolta dele e ao mesmo tempo que não o afastaram ou colocaram barreiras ao seu cuidado. A maneira com que o usuário se

expressa afeta de diferente forma a cada trabalhador. Todos ali entendiam a importância do cuidado para aquele paciente.

Não seria possível dizer como cada uma das trabalhadoras entende sua agressividade, ou como cada uma entende o problema de saúde daquele senhor. Certo era que a receptividade que estabeleceram para ele foi acolhedora e de procurar tranquilizá-lo até que seu atendimento fosse realizado. Confesso que como pesquisador, e como alguém que tinha contato a primeira vez com aquele paciente, fiquei inseguro e com receio que ele efetivamente agredisse a trabalhadora, mas a calma e tranquilidade com que as trabalhadoras lidavam com a situação me deixaram mais tranquilo.

Os múltiplos ambientes

Sala de Procedimento

Sento na sala de procedimentos, onde a equipe afere a pressão arterial e aplica medicações. As duas auxiliares de enfermagem me contam que estão ainda no período probatório. Não vêem a hora de passar isso para poderem pedir remanejamento para unidades de saúde mais fáceis de chegar. As duas já deveriam ter passado o tempo de período probatório. Uma delas atrasou porque quebrou o pé e precisou ficar afastada alguns meses e a outra teve filho recentemente. Como se não bastasse atrasar o período probatório, ainda teria de pagar horas nos próximos dois meses. Uma delas conta que precisou se afastar do serviço por um tempo para cuidar do seu avô. Agora ela cumpria algumas horas a mais por semana para pagar.

Elas elogiam a equipe. “É muito bom trabalhar com essa equipe” falavam. Deram o exemplo da Enfermeira E que saiu recentemente da unidade e se arrependeu. Não conseguia nem trabalhar. Falou que se não voltasse para a unidade antiga, ela pediria exoneração. Isso as assusta ao pensar em mudar de unidade. “Já pensou em sair daqui e cair em um inferno de lugar” reflete a auxiliar. Mas queixam que a distância atrapalha muito a vida delas. “Piscou, atrasou” elas dizem, ironizando a correria que é pelas manhãs. Queixam dos

ônibus de péssima qualidade e sempre cheio nos horários de chegar e sair. Reclamam também de trabalhar de segunda a sábado.

Elas contam a aventura que é chegar em casa, cuidar dos filhos e fazer comida para todos em casa. Pergunto se os maridos ajudam nas tarefas de casa. Elas falam que não. “Só muito raramente e em poucas atividades” fala uma delas. A outra conta que o marido cozinha melhor que ela, mas que para ele querer cozinhar é coisa raríssima.

Comentam de como a redução para trinta horas seria benéfica para elas. Poderiam ter vida, dizia uma delas. Questionei se elas orientam os pacientes a fazerem atividade física e se elas faziam isso que orientavam: - faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço, respondeu uma delas.

Havia uma satisfação de trabalhar naquele serviço. O clima agradável entre os colegas era para elas algo precioso. Apesar do desejo de trabalhar mais próximo de suas casas, o receio em cair num serviço de saúde com um clima não agradável as preocupava, mesmo assim pareciam certas em tentar outro serviço assim que possível. Realmente o serviço de saúde se localizava em um local distante, próximo à divisa com outros municípios. No início da pesquisa lembro que me chamou a atenção a fala de diversas trabalhadoras que desejavam não permanecer naquele serviço por muito tempo. Diversos eram os motivos.

No caso dessas trabalhadoras, as múltiplas responsabilidades que possuem na vida pessoal as estimula a sair de um local que gostam para dar conta de realizar outras tarefas além do trabalho em saúde. Estão ali naquele espaço, mas seus desejos e pensamentos estão em diversos lugares ao mesmo tempo. Inúmeros elementos vão compondo um desejo de sair dali, como a distância, o transporte ruim, as responsabilidades em casa. Não me pareciam questões que seriam de alguma forma escutada ou dada solução por gestores ou qualquer agente que desejasse que elas continuassem trabalhando ali. Restava a elas aguardar o momento e enfrentar esses desafios dia a dia. Infelizmente o simples ato de ir ao trabalho torna-se para elas um esforço a mais. Seus desejos remetem a outras relações. Os trabalhadores são múltiplos como seus interesses...

O curativo no senhor de idade

Na sala de procedimento, a técnica de enfermagem C atende a um paciente com uma ferida na cabeça. É um senhor de aproximadamente 60 anos que faz uso abusivo de álcool, ela me conta. Parece que frequentemente ele aparece por ali. Ela faz o curativo de forma muito cuidadosa e delicada, conversando com ele a todo momento. Logo que ele sai, agradecendo toda a atenção, ela começa a falar a respeito do paciente e pega os papéis dentro de sua pasta pessoal para me mostrar. Apenas algumas poucas folhas com pouquíssimas informações a seu respeito. As anotações são basicamente cartas dos CAPS encaminhando o paciente à atenção básica em 2011 e 2012. Mas praticamente nenhuma informação havia a seu respeito pela equipe da atenção básica. Elas tão pouco sabiam informar mais a respeito daquele paciente, apenas que circulava por ali há alguns anos.

Havia cuidado. Havia carinho no modo de cuidar. Havia atenção. O trabalho delas a que aquele ambiente se propunha foi muito bem feito, sem pressão por pacientes aguardando ou algo assim. Mas qual a sensação que elas tiveram quando o prontuário foi visto vazio? Fiquei sem saber como lidar naquele momento com essa situação sem criar algum constrangimento. Mal havia chegado àquele serviço então optei pelo silêncio.

Ela manteve sua prática dentro daquilo que era proposto e da forma que se sentia segura, realizar o curativo com determinados materiais. Ela se mostrou sensível com a apresentação daquele senhor e cuidadosamente lhe atendeu. Percorreu territórios nos quais ela se sentia com liberdade para circular.

O papel do trabalhador em saúde e do centro de saúde é singular para cada trabalhador, assim como sua responsabilidade no serviço. Mas há pontos em comum que parecem naturalizar processos como esse, no qual um cidadão que precisa de maior atenção acaba ficando sem um cuidado mais adequado. No território pelo qual a trabalhadora e seus afetos circulavam, o procedimento de fazer

um curativo se mostrou um elemento a ser trabalhado, mas não outros. Procedimentos são oferecidos para quem chega a cada um dos ambientes do serviço com suas tarefas bem definidas. O próprio nome dos ambientes parece reforçar isso: sala dos curativos, sala de vacina, etc.

Sala de Medir a pressão arterial

Na unidade havia uma sala para aferir a pressão arterial dos pacientes que desejassem/precisassem. Havia uma escala semanal elaborada pelas enfermeiras com o nome da técnica de enfermagem designada para a sala. Ao lado da porta de entrada dessa sala havia uma caixa de madeira com uma sequência numérica de fichas que definia a ordem de quem seria atendido. Cada pessoa que chegava para fazer uso da sala pegava uma ficha e aguardava ser chamado.

Num dos primeiros dias que estive ali, a técnica de enfermagem M que estava escalada para essa sala se queixou de alguns usuários que aproveitavam para medir a pressão quando iam à unidade para coletar exames. Para não ficar esperando, alguns pacientes pegavam a ficha para aguardar medir a pressão antes de coletar o sangue. As salas da unidade que oferecem algum procedimento, e não são procedimentos agendados, têm essa caixinha do lado de fora. Foram implementadas pela equipe para organizar o atendimento. Em outro dia, a auxiliar de enfermagem L que estava nessa sala. Ela chama uma paciente com a ficha número nove. Uma senhora, acompanhada de uma moça, queixava de amortecimento nos braços e imaginava que era devido a pressão alta, que, no entanto, se apresentou normal após avaliação da técnica. Ao conversar sobre a saúde da senhora a auxiliar descobre que ela faz acompanhamento no ambulatório especializado. “Se a médica já a

encaminhou ao especialista é lá que a senhora deve procurar acompanhar, entendeu? E se for urgente deve ir direto ao Pronto Socorro! ” Reforça ela.

Na conversa da auxiliar ela deixa claro que entende a gravidade do caso da senhora e que na opinião dela ela deve procurar um local que de as condições adequadas para esse cuidado. Ela trabalha em um pronto socorro de um hospital além do centro de saúde. Ela considera aquele ambiente hospitalar mais resolutivo, onde todos são atendidos e enquanto na unidade falta material e o médico não está sempre disponível. Ela traz que a relação com o médico no pronto socorro é muito mais direta e aberta, diferente do centro de saúde.

Em um intervalo de atendimento ela anota em uma ficha de produção os atendimentos que realizava. Ela conta que é importante porque assim eles poderiam provar que precisam de mais profissionais no local. Os planos dela nos próximos anos era de estar em algum hospital em breve.

Quando pergunto se ela vê resultado no seu trabalho, ela lembra de casos nos quais orientou pacientes que se cuidaram conforme sua orientação. “Hoje salvei uma vida cara! ” Pensava quando isso acontecia. “Nosso trabalho não pode ser mecânico. Você tem que prestar muita atenção no que você está fazendo. Se você cair no automático está na bosta”.

Uma maior aproximação e entendimento seria necessário para aprofundar essa questão da relação da trabalhadora com os outros profissionais. A impressão ao pesquisador é de que ela construiu uma relação com o território com agenciamentos que ainda não lhe dão a garantia de resolutividade ou segurança como os que ela construiu no hospital.

Essa trabalhadora que gosta de atuar na saúde e teve a possibilidade de trabalhar em serviços tão diferentes deixou esse pesquisador intrigado. Que relações ela estabelece com os profissionais (médicos) que ali no centro de saúde a faz atuar de forma tão diferente? Quais as forças que produziram essa relação nesses dois ambientes que a fazem se sentir menos resolutiva ali? Uma série de procedimentos lhe são atribuídos a responsabilidade naquele ambiente e se houver algum caso que ela precise de uma avaliação médica, precisa primeiro passar ao enfermeiro para talvez conseguir uma avaliação de algum médico, isso, se o enfermeiro concordar. Qual estímulo teria ela para enfrentar esse território quando

em outros ambientes isso ocorreria de forma mais natural? Mesmo que ela amplie seus territórios junto aos pacientes, e considere outros aspectos subjetivos do cuidado em saúde, não saberia dizer se ela encontraria suporte do restante da equipe de saúde.

A sensação de trabalho resolutivo parecia algo esporádico. A resolutividade para ela se dava nos casos em que ela poderia sentir que fez a diferença no cuidado do outro. Ver ou perceber que sua ação e seu trabalho tiveram um impacto na saúde do outro. Mas ali ela parecia atuar com uma lista restrita de procedimentos. O ambiente daquela sala cria um território seguro, estável, praticamente sem possibilidades de variações ou instabilidades. Há um território seguro aí para esse trabalhador que, no entanto, não vai ao encontro do que ela procura, não dava a ela a segurança que ela buscava.

Há todo um conjunto de agenciamentos aqui no qual as forças de desterritorialização parecem ser muito frágeis. Um conjunto de forças de territorialização muito intensas inviabilizando um desterritorialização para um reposicionamento mais aproximado do usuário. O desejo dela em ver o resultado do seu trabalho a deixa incomodada com sua função naquele lugar. De certa forma, a demanda chega a ela a todo o momento, mas o resultado do seu trabalho é visto de forma vaga, pontual, isso quando ela encontra algum paciente que ela atendeu em algum momento.

Puericultura

Logo que cheguei, a técnica de enfermagem que estava na recepção, pega a pasta de um paciente que aguardava para puericultura. Peço para acompanhá-la.

A consulta iniciou com perguntas para a mãe (21 anos) sobre a criança (menos de um mês): sono, alimentação (peito, leite, mamadeiras, papinha, suco) e o que pode ou não dar de alimento para a criança a partir da idade, hábito intestinal, urinário, inspeção, medidas, etc. Ela seguia uma lista de itens a serem questionados e anotava no prontuário cada informação.

No exame físico ela encontrou na região genital da criança uma área avermelhada. Ela fica na dúvida como proceder no caso, mas acabou dando

algumas orientações e pediu que a mãe falasse disso com a pediatra no dia da consulta. A partir dessa consulta com a técnica de enfermagem, a mãe poderia já marcar a consulta com o pediatra.

A auxiliar me conta que começou a fazer puericultura recentemente. A enfermeira deu algumas orientações e entregou a ela uma apostila para estudar, mas até agora ela não teve tempo para ler. Ela cria mecanismos para tentar superar essa dificuldade. Lê a pasta da criança antes de chamá-la, cita ela como exemplo.

Ao final ela me conta que foi aprovada para cursar Enfermagem em uma faculdade. Agora estava se batendo com a documentação de um fiador. Ela estava muito animada com a possibilidade de estudar, mas preocupada com os gastos.

Dois aspectos me chamaram a atenção nessa cena. A primeira foi de um encontro dominado por um protocolo de atendimento. A segunda, de uma trabalhadora insegura naquilo que estava fazendo e sem se sentir segura para o processo de cuidado. Com uma coisa se unisse a outra, a trabalhadora se ateve a ferramenta do questionário para pautar o encontro. Ela não deveria se sentir com liberdade para propor questões ou temas que fugissem daquilo que estava prescrito a ela perguntar, por isso se manteve em um espaço na qual se sentia segura.

Acredito ser importante trazer como se dá esse momento. As técnicas de enfermagem têm sua agenda realizada pelas enfermeiras. Elas não escolhem onde querem estar. Ela iniciou suas atividades da puericultura recentemente e sem formação ou informação para isso. Não imagino um profissional de nível superior aceitando com tranquilidade tamanha responsabilidade sem a formação que lhe desse segurança para tal. Mas uma técnica teria condições de se negar a realizar essa nova atribuição? Em caso de assumir, teria ela um suporte para poder exercer sua prática de forma segura?

A possibilidade de se formar na faculdade, apesar do receio em ter condições financeira para finalizar o curso, era algo que a motivava. Quem sabe um aporte de autonomia tão desejado com a formação universitária.

Sala de Vacina

A enfermeira que está na sala de vacina do centro de saúde trabalha nessa unidade há 3 anos. Antes disso trabalhava no setor de pediatria de um hospital por 14 anos.

Ela comenta como cuidava e brincava com as crianças internadas. Algumas crianças que ficaram internadas por alguns anos a marcaram muito “era como um filho” ela falava. Perguntei se no centro de saúde ela não adotou nenhuma criança. “Aqui não, o contato é diferente. Ela vem, toma vacina e vai embora. Lá eu dava banho, comida, brincava. Nossa, eu adorava! Muito bom! ”. No final estava cansada e diz não estar arrependida de ter saído. Acredita que tudo na vida é pelo destino que “Deus vai nos reservar”. No centro de saúde ela acredita trabalhar mais com a prevenção e a promoção, com o início da doença. No hospital é mais com o final da doença.

Chega uma paciente com o filho. Ela confere os dados preenchidos no cartão de vacina da criança. Anota o telefone a lápis, pergunta se era o primeiro filho. “Quarto” responde a mãe da criança. A enfermeira explica os sintomas nos próximos dias da vacina. Prepara a aplicação e pede para a mãe segurar a criança enquanto aplica. Se despede da criança.

Ela tinha vontade de ficar em outros ambientes da unidade. “Tinha vontade de ficar no acolhimento, na saúde da mulher” falou ela. Mas ficava basicamente na sala de vacina.

A cada vacina, uma planilha é preenchida. Todo um protocolo é seguido para a aplicação e armazenamento da vacina. Um gráfico na parede permite acompanhar a meta de crianças a serem vacinadas mês a mês. Uma caixa com as fichas de todas as crianças até cinco anos também está disponível. Aos sábados ela verifica quem está com a vacina atrasada e liga para as famílias lembrando da necessidade de vacinação.

Enquanto narrava seu trabalho no hospital, havia muito afeto e sentimento na fala da trabalhadora. Ela lembrava do hospital trazendo experiências de grande intensidade afetiva e um enorme carinho e proximidade com aqueles pacientes. Os esforços que fazia para cuidar deles, mesmo fora do seu horário de trabalho eram contagiantes e lhe traziam muita emoção. Ela contava com muito orgulho desse tempo que já passou.

Já sobre o espaço que ela ocupa agora os afetos são outros. A atenção da trabalhadora naquele ambiente da vacina está direcionada a seguir as normas de aplicação, armazenamento e cobertura. Todo um circuito fechado parece se estabelecer nessa sala, de forma que toda sua atenção está focada na garantia da vacinação. O território pelos quais ela circula parecem estar bem definido. Pouca abertura há para outros territórios serem criados, reconhecendo que a pesquisa impõe alguns limites para abordar a questão de outra forma.

Todo um território de afetos e vínculos trazidos por essa trabalhadora agora está moldado a um território de técnicas e procedimentos. Toda a experiência, os agenciamentos que essa trabalhadora trazia pareciam estar sendo ignoradas nesse novo espaço de prática. Um vasto território de cuidado e afeto está agora sendo deixado de lado para reproduzir um território duro, pré-programado, estriado. Aquele território ainda faz parte dela, ela lembra com muito afeto das histórias e crianças com das quais cuidou.

Novamente um espaço destinado a um procedimento parece direcionar todo o cuidado e produzir um território para aquilo que o ambiente se propõe a fazer. A sala de vacina produz vacinação. Ponto. O trabalhador, por vezes, quer produzir mais que isso. Quer produzir encontro.

Moça dos Exames

Fui conversar com a Técnica E. Havia combinado com ela de a acompanhar um dia. Ela atua, entre outras coisas, organizando os exames que chegam semanalmente via malote, solicitados pelos médicos.

O objetivo principal desse trabalho parece ser o de separar os exames alterados e aqueles exames que sugerem ser indicado alguns medicamentos de alto custo (Colesterol elevado por exemplo). Ela já adiantava alguns papéis que seriam necessários serem preenchidos e as burocracias. Pelo tempo que fazia isso (alguns anos), a técnica já conhecia a conduta de cada médicx no caso de alguns exames alterados. Assim, ela já deixa a receita pronta só pro médico(a) carimbar ou, se houvesse indicação de medicação de alto custo, ela já inicia o processo de preenchimento dos documentos. Alguns casos de exames alterados com maior urgência, ela já deixava de fácil acesso ao

médico para ele tomar conhecimento o quanto antes. Para algumas medicações era necessário que o paciente repetisse alguns exames e então ela também agilizava isso.

Todos xs médicxs têm dois horários de atendimento reservado na agenda para avaliar todos esses exames alterados e minimamente encaminhar as condutas necessárias. Ela organiza para cada médico o que eles têm que fazer. Ela não fica com eles durante a avaliação dos exames e elxs só passam a pilha de exames novamente para ela, depois de finalizarem sua parte.

Essa mesma trabalhadora comentou em outro momento que ela só tem um emprego para “ter vida”. Ela “chega em casa e vai cuidar dela e da vida dela”. Não quer outro emprego para não tirar isso dela e acabar só pensando em trabalho.

Nesse processo de acompanhar os exames alterados, ela já percebe quais são as áreas do território que o centro de saúde é referência, com maior quantidade de exames alterados. Ela atribui isso à alimentação inadequada. Compreende a dificuldade que é para eles melhorar sua alimentação, pelas questões sociais. As formas de intervenção da unidade sobre essa questão eram de alguns grupos sobre doenças crônicas, o grupo dos exames (onde orientavam alguns pacientes e orientavam sobre as medicações de alto custo) e as orientações individuais na consulta.

O trabalho da técnica está baseado em olhar os exames que chegam, solicitados pela equipe médica. Ela não tem contato direto com os médicos ou com os pacientes. Apenas com os exames e as receitas. Ela otimiza o tempo tanto do paciente quanto dos colegas de trabalho, priorizando alguns casos que podem apresentar certa urgência. Essa tarefa a ela designada torna-se mecânica. Olha os parâmetros normais que vem nos exames e caso estejam alterados, ela inicia um processo.

Aqui uma ferramenta de equidade, mas olhada a partir de uma perspectiva técnica de exames alterados, criou-se fluxos e maneiras de dar visibilidade aqueles que poderiam precisar de um cuidado maior. Aqui, recai sobre os trabalhadores essa responsabilidade, já que os exames chegam para o serviço de saúde e não fica ao encargo dos próprios pacientes.

Ela se cobra em garantir um tempo para viver e não apenas trabalhar. Evita dupla jornada, como muitos dos seus colegas o fazem para aumentar a renda. Tem dedicação exclusiva aquele serviço. Não acredito que haja algum reconhecimento ou estímulo por isso, como em muitos casos há para trabalhadores com nível superior.

A técnica de enfermagem consegue identificar as regiões nas quais os exames dão mais alterados conforme o médico e a equipe que solicitou e a quantidade de priorizações de consultas e solicitações de medicamentos de alto custo que ela prepara para cada equipe. É um olhar sobre um tipo específico de necessidades que ela pode ter para a área de abrangência do CS. Ter informações sobre o padrão alimentar e estilo de vida de uma população é um dado importante do ponto de vista das ações de promoção de saúde a serem desencadeadas. A preocupação do trabalho ali acompanhado é em garantir o medicamento para aquelas pessoas. Toda uma organização voltada para garantir o tratamento adequado, mas do ponto de vista medicamentoso. Não havia ofertas sobre alimentos saudáveis ou políticas públicas para alimentação saudável ou outras ações nesse sentido. O fluxo e a organização permitiam visualizar um processo que focava 2 questões: a agilidade no medicamento e do atendimento médico. Duas questões importantes, mas que olhavam para dentro do serviço de saúde uma questão que ia muito além disso.

ACS

Táticas

A ACS M me chama para conhecer um pouco do seu trabalho. Ela comenta que na sua área de abrangência alguns moradores não sabiam ler ou escrever e eram portadores de doenças crônicas, fazendo uso de várias medicações diariamente. Entendendo a dificuldade dessas pessoas, ela resolveu colaborar organizando a medicação e colocando em envelopes feitos com pedaços de papel, grampeados e coloridos com caneta azul, vermelha e preta sinalizando respectivamente manhã, tarde e noite. Ela trazia que isso já estava efetivamente colaborando no cuidado desses pacientes. Apenas duas agentes

comunitárias desenvolviam esse trabalho nas suas áreas e ela não sabia dizer porque as outras não faziam.

O desejo dessa trabalhadora em colaborar com o cuidado daquelas pessoas a estimulou a criar uma tática para enfrentar uma dificuldade no tratamento de saúde daquelas pessoas. Sua sensibilidade e proximidade com a comunidade tornou possível que ela captasse a necessidade dos pacientes, o que poderia facilmente escapar aos olhos de muitos outros trabalhadores. Dentre os elementos que ela poderia articular, ela conseguiu produzir artefatos que tinham sentido para os pacientes. Ela se orgulhava desse trabalho. Fez questão de chamar o pesquisador e contar o sentido daquilo. O que ela fazia trazia ao pesquisador uma percepção da potência daquelas trabalhadoras de entender o território do outro e produzir cuidado a partir desse olhar sensível.

Muitos pacientes estavam envolvidos e ela realizava esse trabalho semanalmente para cada um deles, separando a medicação, preparando os envelopes, colorindo e os distribuindo nas suas casas. No entanto, vendo a realização aquele trabalho, me pareceu algo solitário. Ali ela estava sozinha, preparando delicadamente os envelopes de um único paciente. Uma sub-utilização do trabalho do ACS no e para o território.

Reunião da equipe

Iniciaram a reunião falando sobre a avaliação que ocorreria naquele dia da equipe por um programa federal de avaliação. Uma das partes do livro de avaliação continha questões de avaliação que deveriam ser respondidas por cada equipe. As agentes comunitárias pareciam bem desanimadas durante toda a discussão. Uma das questões era sobre a saúde bucal, enfocando a questão do acesso e tempo a esse acesso. Alguns integrantes da equipe questionaram qual seria a opinião do usuário, e se era confortável para ele esse tempo de acesso. Toda a equipe estava chegando em um consenso de nota 7 ou 8, mesmo entendendo a demora e a fila da odontologia trazida pela equipe de odontologia presente. As agentes comunitárias não haviam participado em nenhum momento da reunião até então e nessa hora a equipe

tensionou para que elas participassem. “Eu daria nota 4”, disse uma das agentes, “porque realmente demora muito! ”. A equipe ficou agitada com a nota até que alguém brincou “ok, melhor você não falar mais. Chegaram a uma nota 5 como nota final, “em consideração a avaliação da agente” um enfermeiro falou.

Os itens em que eles conseguiram ter um debate maior foram aqueles em que alguns trabalhadores traziam experiências de outros locais que já haviam trabalhado. Isso enriqueceu a discussão e possibilitou críticas mais elaboradas ao serviço e a suas práticas. Essa circulação por serviços permite novas experiências e colaboram na crítica que os trabalhadores fazem ao seu ambiente.

O lugar que as agentes de saúde ocupavam chamou muito a atenção. Silenciosas durante toda a reunião, expuseram sua opinião em um momento importante que pedia aos trabalhadores que avaliassem a opinião dos usuários com relação ao serviço. Elas discordaram da nota alta dada pelo grupo, afirmando uma nota baixa para aquele item. Foram repreendidas por isso. Desde o início elas não pareciam se sentir em casa naquele espaço. Elas moravam na região, trabalhavam naquele serviço, e mesmo assim elas não se sentiam à vontade. Circulavam por um território incerto, o qual não lhes parecia seguro. Alguma coisa as colocava nesse lugar que lhes era estranho, mesmo elas estando próximas de suas casas e no seu local de trabalho.

O questionário trouxe algumas reflexões e discussões sobre o processo de trabalho e a organização da equipe, mas a avaliação não parecia fazer parte de um processo de discussão sobre o próprio trabalho. Havia uma pressa em responder logo as questões.

Trabalho dos ACS

Na sala dos ACS, uma delas está separando prontuário de pacientes para guardar o resultado dos exames normais. Outra ACS está atualizando uma pasta de uma paciente. Uma terceira ACS está alimentando com informações uma pasta enorme das crianças que são periodicamente pesadas pelo

programa do leite. Enquanto isso, uma quarta ACS está fracionando a medicação de uma paciente para entregar em casa. Nesse momento, um auxiliar de enfermagem informa que alguém terá de ir no almoxarifado com o motorista, buscar algumas caixas. Ele fala que poderia ir, mas ele precisa ficar para ajudar na vacina. Ninguém fala nada. Logo depois que ele sai, vem o enfermeiro A, perguntando quem iria ao almoxarifado. Ninguém responde. Ele fica incomodado. Pergunta novamente com aparência séria “quem iria? ”. Quando começa a pressionar uma das ACS mais jovens (e ativas) a ir até o almoxarifado, uma das ACS mais velha intervém e fala que poderia ir, mas que para isso teria de deixar seu trabalho por fazer. Ele fala que tudo bem e sai da sala.

A valorização do trabalho do ACS se mostrou uma questão muito importante durante. Em uma conversa com a coordenadora ao final da pesquisa, a enfermeira S, ela se mostra chateada com a postura de algum ACS que afirma que o trabalho deles não é valorizado no centro de saúde. Ela me afirma que eram sim valorizados e que ela pensaria em alguma forma de comprovar a eles que eram valorizados. Fico pensativo a respeito, sem dúvida era uma unidade agradável e que todos se davam relativamente bem.

Em uma conversa com uma das agentes comunitárias eu acredito ter entendido a profundidade do ponto que elas traziam sobre a desvalorização. Ela me conta um episódio: que durante a campanha da dengue era preciso de uma mesa para anotar algumas informações. A mesa escolhida foi a mesa que ficava na sala das agentes apesar que haviam outras mesas disponíveis. Aquela simples mesa era alvo de disputa entre as agentes para realizar as inúmeras anotações referentes ao trabalho delas, mas isso foi ignorado e levaram a única mesa em uma minúscula sala para todas as 14 agentes. Depois disso muitas questões me vieram. Realmente a sala da coordenação era uma sala enorme e que ficava frequentemente vazia porque a coordenação vivia em reuniões fora da unidade. A sala das agentes era minúscula, apertada e quente, o que tornava um sofrimento o simples fato de estar lá. A demanda do enfermeiro outro dia para alguém ir junto buscar a vacina deixou claro que o trabalho delas poderia ficar para depois, ao contrário do trabalho de toda

a unidade. Imagino que inúmeras outras situações como essa trazem a sensação de um trabalho desvalorizado. Isso ia muito além da simpatia por todos xs trabalhadorxs ao cumprimentar, ouvir ou considerar as questões trazidas por eles. Era um nível de respeito e consideração que efetivamente demonstrava para elas o lugar que elas ocupavam na instituição e no processo de cuidado. Enfim, falta muito recurso na atenção básica, mas não se utiliza tudo o que se tem.

Farmácia

Propostas

A farmacêutica B e a técnica de farmácia J conversavam sobre alguns planos que tinham juntas. Pensam em investir em um negócio próprio que trabalhe com práticas alternativas. Trocam artigos, pesquisam na internet e vão fazendo planos. “É a proposta da vez” me contam enquanto uma ri para a outra. Outros planos já haviam sido pensados juntas durante o tempo que trabalham ali.

Elas pareciam se sentir bem naquele trabalho. Logo que começamos a conversa, casos de violência e medo surgem nas suas falas. Situações nas quais precisaram se esconder no fundo da farmácia, por medo, não eram raros. Em alguns casos elas eram desafiadas pelos moradores. Reconhecem também que há pessoas sensíveis às suas dificuldades e compreendem que elas não são as culpadas pelas limitações do serviço.

A agenda delas se resume ao interior da farmácia e reclamam pela falta de profissionais ajudando ali. Outro dia estive na farmácia, enquanto elas arrumavam os remédios entregues vencidos pela população para serem descartados. Tinham de separar todos os medicamentos por marca, lote, tipo da medicação, em um trabalho muito manual e que tomava muito tempo. Elas não recebiam material próprio para essa separação, por isso tinham que usar da criatividade para saber a melhor forma de separar, além de continuar atendendo a todos os pacientes que apareciam para retirar medicação.

As meninas que estavam antes pensando em abrir um negócio com produtos naturais, agora estavam pensando em investir em automação domiciliar. O marido de uma delas mexe com isso e ela achou um curso que ensina o básico. Essa era a animação delas no momento. “Aqui as ideias mudam a cada semana”, falou uma delas.

Com o tempo esse pesquisador descobre que distribuir remédio é apenas uma das muitas atribuições que foram acumulando naquela farmácia, ao longo dos anos. Desde o controle de materiais da enfermagem e estoque de materiais no depósito, outras atribuições que fugiam das suas atribuições lhes eram cobradas. Além disso, o trabalho informatizado não era nada prático. Cada receita gerava um extenso trabalho repetitivo.

Era uma relação de distribuição de material, não havia espaço para o vínculo. Nem delas com a população e nem delas com o restante da unidade. Estavam sozinhas. Por isso construíram um território delas, inclusive nos desejos futuros. Os planos de outras coisas que poderiam fazer era um desejo só delas e que podiam se imaginar longe dali. Apesar da simpatia delas comigo, não havia uma sensação de alegria ou prazer naquilo que estavam fazendo.

Era interessante como havia um desejo de fazer algo diferente do que faziam ali. Esse desejo nada tinha de relação com a produção de saúde naquele serviço ou com uma diferente forma de trabalho. O desejo delas estava fora daquele serviço, procurava leva-las para fora daquele lugar. Uma triste constatação. Pessoas desejosas de mudanças, mas que não olhavam para sua prática como um espaço para isso. Um espaço que traz sentidos negativos para aquelas trabalhadoras.

Achei interessante como uma política simples como a que orienta a população a entregar as medicações vencidas em casa no serviço de saúde dos seus bairros poderia tornar-se um desafio para quem sofrerá o impacto direto dessa política. Era mais trabalho para elas, sem ferramentas adequadas, gerando mais sobrecarga.

Atendimento

A farmacêutica e a técnica de farmácia estavam rindo. Logo que cheguei na farmácia, uma paciente que estava do lado de fora do balcão, estende seu filho pelos braços para que a técnica pudesse lhe pegar e dar um beijo de despedida. “Olha que coisa mais fofa! ” Me diz a técnica olhando para a criança em seus braços. Lhe dá um beijo e devolve para a mãe que se despede de todos em seguida.

Logo, uma pequena fila se forma aguardando medicação, mas elas conversavam e sorriam. Observei os dados que elas anotavam de cada medicamento: nome do médico que receitou, se era particular ou SUS, a data da retirada, a última retirada daquele medicamento, etc. Ela pergunta à paciente: Você pegou esse remédio a última vez em outubro, por que? A paciente responde: porque agora que voltei a me tratar (era uma medicação psiquiátrica). A trabalhadora não pergunta mais nada. Anota os dados, pega a medicação e a dispensa. E esse movimento se repetia: pega a receita, anota no computador, separa a medicação, explica rapidamente como tomar e libera a pessoa.

A técnica reclamou que no dia anterior ela não estava aguentando de tanto trabalho. A demanda foi imensa. “Quase pedi a conta! ” Argumenta ela. Logo que ela fala isso chega um paciente que reclama da falta de um medicamento. “Vocês estão vacilando há meses! ” Diz ele. A técnica fica incomodada e o clima fica tenso: “Epa, não sou eu quem compro o medicamento! O senhor está reclamando no lugar errado! ”. A farmacêutica intervém e orienta o senhor a ligar no 156 e reclamar a respeito. O paciente sai mas volta em seguida para pegar o restante dos remédios.

Foi um dos poucos momentos que vi aquelas trabalhadoras com um encontro alegre com um paciente, mas que durou pouco tempo. Os momentos de alegria na relação com os pacientes pareciam ser mais raros do que os momentos de discussão e cobranças. Quem será que estabelecia essa proporção? A receptividade da farmácia, a receptividade da comunidade ou a presença ou não do material a ser entregue?

As palavras agressivas daquele senhor deixaram a trabalhadora em uma posição de defesa. Ela era cobrada por algo que estava além do seu alcance. Ela se defende. A colega intercede e orienta ao senhor que fizesse a cobrança pelos meios

oficiais, como o número da ouvidoria da prefeitura. Isso deveria acontecer praticamente todos os dias. Não havia espaço para outra relação ser construída. Se demorasse explicando para um paciente, os logo atrás iriam ficar incomodados.

Mudanças

Na farmácia o clima estava muito animado, bem diferente de antes, no período logo após alguns incidentes que ocorreram. “Depois que surtei conseguimos mais uma técnica de farmácia para ficar com a gente! Acho que vou surtar novamente e pedir mais uma! ” Falava a farmacêutica com um sorriso no rosto.

O processo que aconteceu foi muito sofrido para a farmacêutica, na época. Chegou ao ponto de pensar em pedir demissão do serviço público. Muitas das vezes que fui à unidade, a apoiadora da Secretaria de saúde para a assistência farmacêutica estava lá, sentada ao lado da farmacêutica e da técnica em farmácia. Acredito que ela teve um papel muito importante naquele momento de crise apontando necessidades de melhorias e ajudando a organizar fluxos.

Parecia a alegria de quem havia ganhado uma batalha. Depois de tanto sofrimento pelos quais passou, a trabalhadora finalmente sorria. A sobrecarga a qual estava exposta seria dividida com mais uma pessoa e isso a aliviava. Me trouxe um alívio ver sua expressão. Acompanhei um pouco do sofrimento pelo qual essa trabalhadora passou e já foi o suficiente para me solidarizar com ela.

A técnica de farmácia falou um pouco da vida pessoal. Me conta que não deseja ter filhos logo, apesar da pressão que sofre dos familiares. Estava sorrindo enquanto conversávamos. Mas era virar o rosto para atender aos pacientes que a expressão mudava; tornava-se mais séria. Realizavam o atendimento praticamente sem sorrir. Não senti vínculo com nenhum paciente em nenhum momento em que estive lá.

A pressão familiar que sofre a incomoda. Não quer se submeter as expectativas familiares, mas isso lhe gera sofrimento. Como se não bastassem as cobranças que sofre na farmácia da unidade, as cobranças em casa também a

incomodam. Uma mistura e confusão de afetos e desejos. Não parece ser por acaso que sempre está tendo novos planos futuros com sua colega de trabalho.

A relação que se estabelece ali com população é de simplesmente dispensar medicamentos. Um procedimento seguido do outro, o dia todo. Elas não paravam de entregar medicamento praticamente em momento algum.

Informação

Chego na unidade e vou na farmácia ver como estão as coisas. A farmacêutica está sozinha. Ela me conta que uma das técnicas não viria aquele dia (a nova técnica) e outra tinha trabalhado pela manhã na unidade. Ela ficaria sozinha durante a tarde. Ela mostra que fizeram um levantamento com isso e constataram que eles são a farmácia que mais dispensa medicação em comparação a vários Centros de Saúde em que eles levantaram as informações. Chegam a 330 atendimentos por dia. Pergunto a ela o que representou ver essa informação. Ela falou que agora as pessoas entendiam o que elas já falavam há muito tempo, de que eles trabalhavam demais e não davam conta com o número de profissionais no local. Agora com essas informações eles poderiam solicitar mais um trabalhador para ajudar. Enquanto falava disso, ela pegava as receitas na mão dos pacientes e ficava tentando entender medicação por medicação o que o médico havia prescrito, mesmo com letras de difícil entendimento, que chegavam não só da unidade, mas dos hospitais de toda região.

Sua angústia foi calculada e contabilizada. Agora que estava comprovado que seu sofrimento tinha razão de ser, isso já a acalmava. Seus receios e angustias tornavam-se agora “visíveis” aos olhos de todos, ganhavam uma dimensão. Antes ela sofria, mas isso era insuficiente para promover mudanças. Aquilo era sua “angústia”, era o que elas tinham de enfrentar no dia a dia. E era muita coisa. Agora elas tinham onde pisar.

Mais tarde ela, a farmacêutica, conta que na semana passada um homem as agrediu verbalmente por uma confusão nas fichas de atendimento. Ele as

xingou de palavrões que iam de vagabunda a preguiçosa, segundo elas. Ameaçou entrar pela “janela” de atendimento para agredi-las. A técnica se escondeu no canto enquanto chorava e a farmacêutica ficou ali tentando explicar a ele. Ele foi embora depois de muita discussão levando a senha de atendimento com ele. A preocupação delas era que ele voltasse depois. Tiveram de refazer todas as senhas naquele dia, em virtude disso. No dia seguinte ele voltou. O segurança foi logo conversar com ele. Ele foi até a farmácia para atendimento e pediu desculpas a elas. Depois disso, elas solicitaram que fosse novamente instalada uma grade na janela/balcão em que elas prestavam atendimento.

Esses momentos de medo e violência tornam-se como uma referência quando elas se referem ao trabalho que produzem ali. Para todo processo há uma produção de memória que fica para cada pessoa daquilo que foi feito. Para elas, essa memória era repleta de agressões, medos e tensões. Que subjetividade essas memórias poderiam produzir naquelas trabalhadoras sonhadoras? Mais de uma vez fiquei com a sensação de estarem isoladas do restante da unidade e do processo de cuidado daquelas pessoas. Uma zona de tensão dentro da UBS e as profissionais têm que enfrentar quase sem retaguarda. Por outro lado, os próprios usuários, assim como as trabalhadoras, têm que enfrentar as situações de tensão, numa fila, na intempérie do dia, sem saber se seu medicamento estará disponível e, também, sem qualquer retaguarda. Mas, não há solidariedade entre eles pela situação que enfrentam. Estão de lados opostos da janela.

Em muitos casos elas sabiam se uma pessoa tinha ligação com o tráfico de drogas da região ou se tinha algum histórico de violência. Isso só lhes deixava mais apreensivas quando a medicação prescrita não estava disponível. Mas, pouco poderiam fazer tanto para resolver a questão quanto para permanecer seguras nessas situações.

Acolhimento

Sala do Acolhimento

Nessa unidade havia uma sala com o nome de Sala do Acolhimento. Os pacientes que chegavam à unidade querendo ser atendidos naquele dia passavam na recepção e eram encaminhados a essa sala para passar com as enfermeiras, que eram quem realizavam o atendimento do “acolhimento”.

Quando entro na sala de acolhimento, estão um enfermeiro e uma enfermeira conversando. O enfermeiro trabalha na unidade há dois anos e meio, um pouco a mais que a enfermeira, com cerca de dois anos. O enfermeiro A se mostra irritado no momento. Afirma que é o acolhimento que faz isso com ele. Refere ser um local que os sobrecarrega e ao mesmo tempo não dá uma sensação de que o trabalho é resolutivo. Se queixa de ter de mandar para o pronto socorro mesmo as coisas mais simples porque não tem vaga para passar com os médicos.

Elas reclamam da pouca abertura entre médicxs e enfermeirxs e que em alguns casos bastava pedir para o paciente “abrir a boca” para definir a conduta. “Eu queria que os médicos encarassem não como nós enfermeiros dando trabalho para eles” dizia o enfermeiro A. Ela afirma que não mede esforços e que entra na sala e pede para x médicx que resolva mesmo sabendo que não haveria mais vaga. A população da equipe está bem além do limite previsto e que atrapalha. Fica fácil de perceber que quem ocupa aquela sala do Acolhimento acaba ficando com toda a agonia do processo nas suas mãos, quem fica ali que irá dizer a pessoa se ela será ou não atendida pelxs médicxs, e tudo isso sem saber ao certo do que se trata o problema da pessoa.

O enfermeiro A demonstra que não costuma seguir regras. Segundo ele, as regras foram criadas para funcionar em uma situação ideal, mas o real está longe do ideal. A enfermeira C e ele comentam também da demanda da população pelos médicos e o pouco valor que é dado á falta de enfermeiros na unidade.

Sentimentos muito delicados vão sendo criados nesse ambiente do “Acolhimento”. Sensações de impotência e frequentes enfrentamentos tanto com usuários quanto com os outros trabalhadores. Não é à toa que se torna um motivo de tantas reclamações de quem fica ali. Eles não têm um controle do que chega e muito menos do que conseguirão encaminhar para o atendimento médico. O pronto socorro mais próximo está sempre cheio e com horas de espera para um atendimento. Diferente dxs médicxs, não há limite de atendimentos por hora no acolhimento. Eles devem atender a todos os que chegam.

Ficar nesse lugar de encaixar pacientes e ocupar vagas de consultas dxs médicxs deixava o enfermeiro em uma situação incômoda. A equipe médica parecia entender como que ele estivesse levando mais trabalho a elxs. Sem dúvida fugia aos olhos dos médicos tudo o que o enfermeiro não levava até eles.

Frente a tantos desafios, a equipe de enfermeiros foi criando estratégias de proteção. A cada duas horas era um novo enfermeiro que ficava no acolhimento. E se houvesse muitos atendimentos a serem feitos, x enfermeirx dava ordem para a recepção encerrar o acolhimento. As restrições para a população era um mecanismo de autopreservação para aquelxs trabalhadorxs.

Alguns territórios vão se desenhando nessas conversas. A postura da enfermeira demonstra que as regras e normas devem ser seguidas. E essa foi a postura dela em muitas situações que presenciei, seguir as normas. Já para o enfermeiro, as normas não cabiam no mundo real. Por isso ele quebrava algumas regras em algumas situações.

A fala da enfermeira também me chama atenção. “Faço tudo isso para chegar na minha realização profissional. Para poder falar que eu estou cumprindo com meu papel de enfermeira e que estou fazendo bem para aquela pessoa. Isso me faz sentir bem. O que me mata aqui é a impotência. Estou até querendo sair da assistência.”

Todo um território de subjetividade que estava lhe provocando desmotivação frente a uma realidade que ela vivenciava. Havia uma expectativa que não condizia com sua realidade. Será que seu trabalho era mesmo impotente ou era essa a sensação que ela ficava do seu trabalho? Difícil dizer o que dava a enfermeira essa

sensação, mas era certo que nenhum mecanismo para saber se seu trabalho ela potente, ou não, pareciam existir.

Conversa com enfermeira

Logo que entro no consultório do Acolhimento, onde estava a enfermeira C, ela me conta de uma conversa com uma amiga enfermeira: Você não acha que está cada vez mais difícil? Ela concordou.

Ela não considera a população do bairro violenta. Agressiva às vezes, barraqueira... mas não violenta como em outras regiões.

Questionei o que iriam fazer com um instrumento de dados que os enfermeiros estavam alimentando para saber da resolutividade do acolhimento feito por eles. Elas ainda não sabia o que iriam fazer com isso.

Em um momento da nossa conversa, uma auxiliar veio perguntar se poderia entregar os exames para uma paciente, mas os exames eram do marido dela, os dois já idosos. Ele estava com dor na perna e ela queria saber se tinha algo errado. A enfermeira informa que só o paciente para pegar o resultado, teria de chamar ele ou fazer uma procuração, se ele não puder. Ela fala que não é raro isso acontecer. Uma paciente já quis obrigar a equipe a falar se o que o marido dela tinha uma doença sexualmente transmissível ou não.

Ela cita um caso específico para legitimar uma atitude. Quem era o paciente, qual o resultado do exame, se o paciente podia andar ou não, a enfermeira não parece ter se preocupado com essas possibilidades. Ela usou de uma regra (só o paciente pode ter acesso ao seu exame), mas que acabou funcionando para criar uma barreira para o cuidado.

Para alguns trabalhadores, as normas e regras se mostraram uma questão importante na sua prática de cuidado. O desejo do outro pode muitas vezes tornar-se secundário e o que determina a relação é alguma norma ou regra. Cria para o trabalhador um território de segurança, de que está seguindo as normas e ao mesmo tempo fazendo o cuidado que deve estar fazendo, independente se é o cuidado que o outro deseja ou precisa.

Fico me perguntando que agenciamentos e forças territorializantes existem aqui. Forças de tamanha importância que impedem uma reflexão diferente sobre o caso. A dinâmica da pesquisa infelizmente não permitiu aprofundar e cartografar essa questão, mas, expõe a distância com o usuário e o receio de uma aproximação que ponha luz no que não há regra que dê resposta, mas apenas se sustente pela força das relações, central no cuidado.

Ela atendeu uma paciente com queixa de mancha no abdome associado a prurido. Acabou ocupando uma vaga do médico. Ela fala que tem dó de encaminhar esse tipo de queixa ao PS porque eles vão mandar de volta para o Centro de Saúde.

Ela me conta que em uma reunião de equipe, um pediatra recém-chegado questiona: “Nada é daqui? Urgência é PS e o que não é urgência tem que marcar? ” A partir daí mudou-se algumas coisas para encaixar pacientes do acolhimento. Antes isso não era feito, ela me conta.

Um auxiliar chega para pergunta se tem vaga com clínico, era um paciente com hiperglicemia e sintomático. Ela responde rapidamente que no curso em que ela estava, naquele dia, a orientação era: hiperglicemia = Pronto Socorro, mas que eles iam continuar com a conduta tradicional até discutissem isso na unidade. Ela poderia então ocupar uma vaga do clínico. E assim sai a técnica com a orientação a ser tomada.

A responsabilidade do serviço que ela atua lhe provoca a pensar na sua conduta frente a esses casos. Assim como o transtorno que seria para aquela paciente de ir até o serviço de urgência e acabar sendo encaminhada novamente ao centro de saúde para atendimento. Mais do que a queixa em si, esses fatores parecem ter influenciado sua decisão de encaixar aquela paciente no atendimento médico.

Interessante uma intervenção de um médico ter produzido toda uma mudança no modo que o serviço olhava para a questão dos atendimentos encaixados. Uma fala conseguiu produzir uma mudança importante no serviço, alterando normas que deveriam estar sustentadas por muito tempo.

A enfermeira C é a mesma que valoriza as normas e regras. E para ela, o discurso científico também tem um peso importante. Fico pensando o quanto essa

argumentação não pode ser construída para transferir a responsabilidade para outro serviço de uma parte da grande demanda que o centro de saúde tinha de dar conta e o quanto que isso efetivamente parte de um desejo de garantir o melhor cuidado para cada caso.

O discurso científico por si só não define condutas e posturas, no entanto, tem um peso considerável no trabalho em saúde. Sem dúvida é uma força territorializante a ser considerada na produção do cuidado.

Chega outra paciente para o acolhimento. Ela fala que passou na PUC, após passar no CS e informaram que não havia consulta com o ginecologista disponível. Ela foi no Pronto Socorro da PUC e falaram que a dor ia passar, mas não passou. Não havia ginecologista naquela hora.

A enfermeira questiona se já coletou exame preventivo, ela oferece e reafirma que ela deve fazer todo ano. “Ok, mas e minha dor? ” Pergunta a paciente. A paciente referia uma dor no canto esquerdo da barriga, insuportável, que não melhora com medicação. Já havia nove dias que ela estava com a dor. A enfermeira encaminha a paciente verbalmente ao Pronto socorro da PUC porque lá teria ginecologista de plantão. Não entrega nenhum documento, papel, nada orientando o pronto socorro do caso. “O que podemos oferecer é o preventivo. Abre toda segunda feira é só vir pedir. Mas você vai ter que investigar o que pode ser. O enfermeiro não pode dizer” afirma a enfermeira.

Ela traz respostas automáticas, reforçando o que o CS poderia fazer, independente da queixa da paciente. A impossibilidade de resolver o caso dá lugar a uma postura defensiva anunciando aquilo que eles podem fazer. As orientações de cuidado se mostraram impositivas. Não pode isso, faça aquilo, tem que fazer isso todo ano, etc... Uma relação de cuidado autoritária.

A enfermeira entendeu que seu limite era orientar aquela paciente onde ela deveria procurar a ajuda necessária. Não entrou em contato com o serviço que ela estava encaminhando para garantir de alguma forma que ela seria olhada por alguém. Era como se não se responsabilizasse por ela ter ou não o atendimento em outro serviço.

Ela comenta que não tem vínculo com nenhum paciente da área. Conta o caso de uma paciente que ficava atrás dela para conseguir jeitinhos de burlar as coisas para ter benefício. Ela afirma que a paciente vai sempre voltar para pedir mais coisas. “Por isso sou chata. Quero as coisas certinhas. Não quero que as pessoas fiquem querendo dar um jeitinho” comenta ela.

Ao perguntar da relação com as outras instituições, ela fala que essa história de “rede horizontal” não existe. Que cada um é uma bolha.

Uma trabalhadora da atenção básica que não deseja vínculo com os usuários do território do CS. Vínculo pode estar associado a maior responsabilidade, a maior cobrança, a maior desgaste em resolver algumas questões. Difícil entender a que, para aquela trabalhadora, o vínculo estaria associado. Infelizmente não foi possível trabalhar mais essa questão com ela.

Na sua fala, as normas e regras servem para estabelecer inclusive as relações pessoais entre a trabalhadora e os usuários. Impõe limites que, nesse caso, a protegem de alguma forma.

A impressão é de um território de cuidado, para ela, baseado em uma estrutura prescritiva. Um território de cuidado que proporciona muita segurança ao trabalhador e que parece determinar tudo o que deve ser feito a qualquer momento. No que essa segurança era necessária também era algo a ser explorado. Segurança para o cuidado, para o trabalhador, para o paciente? São muitas as possibilidades que originam essa questão e com sentidos muitas vezes opostos para uma mesma postura final.

Uma trabalhadora da ponta ver que toda uma rede de serviços de saúde na verdade é um conjunto de bolhas isoladas é algo significativo. É desacreditar nas ferramentas, dispositivos de comunicação e no próprio papel do trabalhador da atenção básica em enfrentar essa organização por bolhas. Por algum motivo, ser um agente produtor de mudanças nessa perspectiva de relações entre serviços não fazia sentido para ela. Ela não se via nesse lugar.

Agenda

Exames para o médico

Durante nossa conversa com o médico C, trabalhador que havia chegado na unidade havia poucos meses, aproximou-se o enfermeiro A. Ele tinha nas mãos exames de pacientes que estavam alterados e precisavam ser olhados pelo médico. Se houvesse alguma urgência, a equipe avisaria o quanto antes o paciente. No entanto, o médico não pareceu muito satisfeito.

- Não é assim que deve funcionar, eu tenho que tratar e examinar pessoas e não posso tratar exames!

O enfermeiro afirmava:

- Perfeitamente doutor, faça como achar melhor. Só estou trazendo para avisar que se achar necessário chamar alguém com maior prioridade o senhor poderá olhar os exames. Respondeu o enfermeiro com calma.

O médico recém-chegado não estava habituado com as regras do local ainda. Aos poucos e na prática do dia a dia ele ia aprendendo os modos da unidade e a unidade ia aprendendo os seus modos. Esse encontro por vezes deveria gerar conflitos e estranhamentos. Uma produção de territórios, dos que já estavam na unidade e para aquele que vinha de fora. Isso parecia produzir momentos de tensão antes e durante a constituição de novos territórios. Será que o médico queria abandonar seu território já conhecido? Parecia estar com pouca disposição para percorrer o novo território constituído pela UBS no contato com os profissionais. Uma carga de afetos intensa. Os processos de desterritorialização e reterritorialização possibilitam conflitos, resistências ainda mais em um ambiente com grande demanda dos usuários a todo momento. Trabalhadores e usuários estão produzindo novos territórios de forma permanente. Temos que considerar que forças de territorialização e desterritorialização agem a todo momento, vindo de todas as pessoas e locais. A gestão por sua vez, que deveria ajudar com mediações facilitadoras, não coloca a questão em sua agenda de prioridades. Estas são questões que podem imobilizar um serviço ou parte dele.

Paciente na fila de marcação de consulta médica.

Dia de marcação de consulta de uma das equipes. Um clínico e uma pediatra. Estavam na fila antes das 6 da manhã. A fila saía de uma das laterais da unidade e contornava até a frente do CS. O atendimento era rápido, não duravam dois minutos, nem perguntavam o motivo pelo qual o paciente queria marcar a consulta. Conversei com alguns pacientes para entender o motivo por que procuravam marcar suas consultas. Uma senhora queixou que os dedos começaram a inchar; uma moça que faz tratamento para a coluna no Hospital, mas precisa do encaminhamento para continuar passando lá; um senhor que trabalhava como pintor na Unicamp e queria fazer alguns exames. O enfermeiro anotava (pelo que estava em uma ficha de atendimento individual que cada paciente trazia) quantas vezes os pacientes haviam passado no ano anterior com o médico(a). Todos que passaram por ele naquele dia haviam passado mais de uma vez no último ano, destacou ele com certo orgulho. Alguns passaram com os médicos 4 ou 5 vezes no ano.

Ele ficava muito satisfeito em observar que aquelas pessoas da região que ali compareciam realmente tinham acesso ao atendimento durante o decorrer do ano. Isso lhe dava satisfação e alegria. Era ver que aquelas pessoas tinham seu acesso garantido.

A consulta médica tão disputada pela equipe de enfermagem era marcada aqui sem nem mesmo se perguntar o motivo pelo qual a pessoa queria passar no médico. Queixas que iam de questões burocráticas a sintomas recentes.

A marcação de consulta dessa unidade era algo bem delicado. Um dia a cada dois meses, abre a agenda de cada médico. Nesses dias era uma loucura. A unidade se mobilizava para agendar todas as pessoas em um curto período de tempo. Para não acumular todas as pessoas do bairro, cada semana era marcado de um médico, o que corresponderia a uma única região da área de abrangência do CS. Então era divulgado em cartazes pelo CS e pelos Agentes Comunitários quando seria essa data. Durante a semana muitas pessoas apareciam solicitando consulta e eram orientadas a voltar em determinado mês. A quantidade de vagas disponível era bem limitada para cada médico. A

coordenadora já estava incomodada com esse modelo de marcação de consulta. Ela comentou que estavam pensando em como mudar isso.

Todo um momento de muito trabalho e tensão para todos os envolvidos que gira entorno da agenda de atendimento dos médicos. Muitos trabalhadores do serviço mobilizados para garantir que aquelas pessoas tivessem sua consulta médica garantida, sem nem mesmo saberem qual o motivo por que elas procuravam atendimento médico. É um momento muito esperado, organizado e amplamente divulgado no serviço para que todos saibam quando será aberta a agenda de consultas médicas. Não havia isso para nenhuma outra agenda, das salas de procedimento, das enfermeiras, mas havia para as médicas. Isso foi gerado tendo em vista a importância da agenda dos médicos e isso também reforça e sustenta todo um lugar especial que a agenda do médico ocupa no serviço.

Enfermeiro e Médico discutem agenda

Um dos médicos da unidade ficou afastado por 3 semanas. Isso provocou um acúmulo de mais de 120 consultas a serem colocadas em dia. O enfermeiro A ficou responsável por organizar isso de alguma forma, junto com o médico. A discussão entre eles ficou na responsabilidade ou não do enfermeiro fazer uma classificação de risco, de forma a organizar a agenda a partir disso. Ele concordava que poderia fazer isso baseado nos protocolos existentes, no entanto, outra enfermeira (que não estava ali no momento) era contra isso, dizendo que fugia da responsabilidade dele como enfermeiro em definir quando o paciente poderá ter um atendimento médico.

O enfermeiro já estava com uma folha nas mãos com as janelas de cada atendimento organizado por dia e hora da semana. Ele queria imaginar formas de solucionar esse problema. O médico dispunha um total de 87 consultas semanais, descontando horas de visita, grupos e reuniões. “Isso é muito pouco!” Dizia o enfermeiro. E sua dúvida era como fazer aquele universo de pacientes se encaixar nessa agenda. Isso o angustiava. O número de moradores do território da equipe (10000 habitantes) era atendido por esse clínico e por mais um pediatra e um ginecologista.

Frequentemente as enfermeiras da unidade tinham de colaborar na organização da agenda dos médicos. A consulta médica aparentava ser em si um fator de disputa e de poder. Havia um limite no qual o enfermeiro poderia influenciar nisso. Para cada proposta do enfermeiro, ele aguardava uma resposta positiva do médico em questão, dizendo se concordava ou não com a proposta.

Por outro lado, não poderiam os enfermeiros terem previamente garantido um atendimento para esses pacientes e assim já organizar propostas para cada caso e não acumular tudo para quando o médico retornasse? Seria efetivamente do médico que aquelas pessoas precisavam? No agendamento realizado a cada dois meses as queixas não eram nem questionadas para serem agendadas. Aqui os profissionais estavam diante de uma possibilidade de pensar um agendamento diferente, mais coerente com as necessidades dos usuários, mas não perceberam. Se refugiam no conhecido: demanda/número de consultas.

Em outro dia eles conversavam sobre essa questão. A proposta agora era de chamar todos os pacientes em um grupo e a partir de ali definir quais iriam passar logo por consulta. Eles iriam ligar para cada pessoa para informar o dia e hora que deveria comparecer ao grupo. Durante a discussão, eles conversaram também de como ficará os agendamentos de consultas a partir da mudança estipulada pela unidade.

A questão de quem será atendido ainda prevalece como desafio na prática da atenção básica. O “como” será atendido não é uma questão. Não há reflexão sobre os elementos constituintes dessa relação e não se olha ao território subjetivo constituído para cada trabalhador. Já a questão de quem será atendido atravessa todos os dias da prática. Não se ultrapassa esse problema. Não é questão de os trabalhadores não pensarem no território que irão estabelecer, mas é que as vagas e o agendamento tornam-se um problema crônico que nunca se resolve. Pensar que modelo de atendimento e qual subjetividade será trabalhada parece ser deixada de lado.

Por um lado, foi positivo ver a disposição da unidade em repensar sua forma de agendar consulta para os médicos, mas por outro, até onde isso não se torna um “falso problema”? No sentido de criar uma questão que pode nunca se resolver e

inviabiliza tempo e disposição para outras questões. Toda a reflexão e produção de território existencial se daria em outro plano. Os esforços em pensar na estrutura de atendimento inclusive poderiam reforçar o entendimento dos trabalhadores de que a população deveria “valorizar” ainda mais as consultas, afinal era um grande sacrifício para os trabalhadores garantir que fossem atendidos...

A equipe estava ansiosa com a mudança, sem saber se era uma medida correta. A partir de então, os pacientes que quisessem consulta com o médico ou passariam no acolhimento ou então seriam encaminhados ao grupo de quinta-feira pela manhã para saber se será possível passar com ele.

Durante a conversa, perguntei ao enfermeiro sobre os atendimentos agudos. Ele me informou que os pacientes que passam no acolhimento podem ser agendados no dia com o médico ou, se não houver mais vagas, ele encaminha essas pessoas ao Pronto Socorro. Ele falou isso com muita indignação. “Então se a pessoa está com frieira, e eu só tenho uma vaga de urgência, eu mando ele ao Pronto Socorro, porque não vou queimar uma única vaga com uma frieira”.

Da mesma forma que o paciente encontra desafios para a consulta, o enfermeiro parece sentir esses desafios para alguns casos em que precisaria do médico. O sentimento de incômodo vem principalmente em situações aparentemente simples de serem resolvidas por um médico. Situações que na experiência daquele profissional ele já teria habilidade em reconhecer pelo tempo de experiência que ele tinha. Seriam elementos os quais ele já dominava de certa forma. No entanto, esse reconhecimento parecia ser ignorado pela equipe e pelas médicas(os). Isso parecia gerar um incômodo para ele. Seu desejo em resolver aquela questão do paciente ficaria frustrado e seu papel como profissional da saúde e o papel institucional do centro de saúde não seriam devidamente cumpridos. Esse profissional em particular era um daqueles que se necessário contornar uma regra simples para garantir o atendimento adequado e atender o interesse do paciente, ele o faria. Ele se mostrou muitas vezes comprometido em um papel de resolver as questões que apareciam e estavam ao seu alcance.

Diversos campos de afetos poderiam ser mobilizados aqui. Sentimento de isolamento, de impotência em resolver questões simples ou outras possibilidades

requerem uma outra abordagem para ser possível entender seus incômodos e afetos.

Pergunto se as vagas de acolhimento também são limitadas por horário como as vagas de atendimento dos médicos. Ele sorri “Não, eu tenho de atender todos os que aparecem aqui”. Sobre essas questões que aparentemente são rápidas de diagnosticar e tratar, como são resolvidas, ele e o médico confirmam que são contabilizadas como uma consulta, assim como qualquer outra. Isso significa uma vaga a menos na agenda do dia do médico. Isso claramente incomodava o enfermeiro. “Não prestei concurso para trabalhar em Pronto Socorro! Se eu quisesse trabalhar em pronto socorro, eu prestaria concurso para lá. Eu trabalho em PS, e quando estou lá eu atendo todo mundo, mas eu não quero trabalhar assim aqui! Se começar a atender todas as queixas que chegarem, isso aqui vira um Pronto Socorro! ” Se defende o médico.

Essa consideração pelo atendimento médico parece ser de um espaço protegido, preservado e que cria todo um estabelecimento de valores, fluxos, regras afetando as relações entre os trabalhadores ao tentar ou não encaixar um paciente. A responsabilidade e o sofrimento que fica nas mãos da equipe de enfermagem é enorme.

As enfermeiras têm que prestar atendimento como se fosse um pronto atendimento em que todos os que chegam devem ser atendidos. As enfermeiras também estabelecem mecanismos de controle sobre a quantidade de atendimento que irão realizar. Enquanto as médicas fazem atenção primária, as enfermeiras parecem fazer pronto socorro.

A opção de atender as queixas agudas que chegassem era, para o médico, algo que poderia prejudicar a qualidade do seu trabalho. O excesso de demanda que iria se tornar, caso ele atendesse às queixas agudas, claramente o incomodava. A visão de atenção básica para ele era uma atenção básica que conseguisse resolver os problemas do paciente, desde que oferecendo um tempo adequada.

No entanto, ele claramente não problematizava se o papel do enfermeiro no acolhimento (que atendia a todos os que apareciam) era condizente com o da atenção básica, como também parecia desconsiderar a realidade dos atendimentos

da urgência e emergência do município. Entre o médico atender um número de consultas como funcionava e ter de atender a todos os que chegassem procurando médico, há inúmeras possibilidades de arranjos. Mas seu discurso radicaliza, criando uma ideia de desorganização e caos, que lhe permite sustentar sua defesa de manter do jeito que está sendo agendado.

Certo momento entra outra clínica no consultório e defende a postura do colega médico. A médica continua argumentando ainda, que o acolhimento irá apenas repassar ao médico as consultas. Dando o sentido que os enfermeiros do acolhimento não iriam se preocupar em resolver as coisas que aparecessem.

Essa argumentação era constrangedora para mim, principalmente por ser feita na frente de um enfermeiro tão responsável. Ela dava a entender que eles simplesmente iriam passar todo mundo que chegasse solicitando atendimento médico, de forma irresponsável. Isso sem dúvida chegava a ser ofensivo ao enfermeiro. Para proteger sua prática e sustentar sua argumentação, a equipe médica deslegitima o trabalho dos outros. Pensar em novos desenhos e fluxos gera a incerteza de percorrer territórios desconhecidos com constantes cobranças dos usuários e dos outros trabalhadores.

Ao perguntar sobre como está a urgência e emergência na região eles confirmam que o único hospital está abarrotado e que as pessoas sem dúvida procuram a unidade antes de ir até lá. “Até porque a gente atende bem! Afirma o médico. “Atende bem, mas é pouco resolutivo, não é? A gente manda paciente com frieira ao pronto socorro!! Responde a enfermeira”. “Mas atende bem! ” Reafirma o médico.

O “bom atendimento” parece ser o argumento para não se questionar o processo ou para impor um processo. Aparentemente apenas o atendimento médico está sendo considerado. O trabalho dxs outrxs, dxs enfermeirxs, não é nem mesmo trazido para a discussão. O quanto de “equipe” é considerado? Nos momentos em que acompanhei esse médico ele realizava um atendimento muito adequado. Se

preocupava com os pacientes e garantia o retorno o quanto antes, se assim fosse necessário.

Conversa com enfermeira

Logo que entro na unidade, encontro a Enfermeira C. Ela me fala de uma palestra muito boa que assistiu sobre Diabetes, pela prefeitura. Ela gostou da palestra porque tudo o que a médica falava ela citava a fonte científica que embasava a argumentação. Ela gostou em saber que a orientação alimentar poderia ser então baseada em evitar os excessos. O que facilitaria a orientação do paciente. Ela comentou mais sobre a palestra e como estava satisfeita com aquele momento de aprendizado.

A enfermeira se sentiu segura com a forma menos rígida de cuidar da diabetes. Pela fala ela se sente mais segura em trabalhar desta forma depois de ter visto a palestra. Pelo que ela trouxe, a informação permitiria uma forma menos dura e rígida de conduzir os casos. Havia uma forma mais protocolar, rígida que se tornou mais lisa, menos estriada. Uma possibilidade maior para um diálogo talvez e menos para as normas? A ciência nesse caso parece agir como uma força possibilitando a desterritorialização.

Um alívio em poder flexibilizar a relação com os pacientes diabéticos da unidade e ainda assim estar dentro das normas científicas. Esta enfermeira sempre se coloca como quem gosta e segue as regras “se todos seguissem as regras, tudo daria certo” disse ela certa vez. A palestra fez sentido para ela pois permitiu que dentro dos ditames científicos, ela poderia dialogar com a realidade dos usuários. Muitos usuários têm dificuldades em compatibilizar as imposições de terapêuticas protocolares com suas possibilidades reais de cuidado. A enfermeira aparenta ter tido “licença” para entrar no território existencial dos diabéticos, alisando um território de cuidado muitas vezes duro.

Enfermeira do pré-natal

O dia estava atípico devido a um imprevisto. Uma das enfermeiras estava usufruindo de falta abonada e não foi trabalhar aquele dia. No entanto, seu nome ainda estava na escala do pré-natal e as pacientes estavam à sua espera. Duas enfermeiras decidiram dividir os pacientes entre elas e realizar o atendimento. Pedi para acompanhar a Enfermeira E.

A consulta foi baseada no preenchimento de uma ficha que seria parte do pré-natal. A enfermeira me confessou que achava que a primeira consulta se dava preferência ao enfermeiro porque haviam muitos itens a serem preenchidos na ficha, o que demandava tempo e por isso os médicos eram poupados (risos). Mas naquele dia ela tinha horário para sair. Buscar os filhos na escola. E haviam 4 gestantes para ela atender. “As primeiras consultas são sempre mais demoradas!” Já falava ela antes de começar os atendimentos.

Há uma grande responsabilidade das enfermeiras com os pacientes agendados, principalmente em se tratando de gestantes. Elas se organizaram para não as deixar sem atendimento. Existe um território aí criado que fortalece a atuação desses trabalhadores sobre essa população. Sem dúvida todo conhecimento científico criado sustentando a importância do pré-natal e da responsabilidade do pré-natal ser feito na atenção básica assim como os vários indicadores que monitoram a saúde da mulher e da criança criados colaboram na construção de um território de cuidado com as gestantes muito interessante. Talvez como aprendizado para a criação de territórios, a saúde das gestantes seja um bom parâmetro para pensar os agenciamentos e as forças de territorialização e desterritorialização que podem ser pensados e seus mecanismos de atuação na prática em saúde. Ester procedimentos definidos e protocolares podem deixar de lado a vivência do contato e do especial que existe em cada caso, mesmo sendo tão esquadrinhado, estriado, protocolado, como o atendimento às gestantes. Tem-se registros da queda da qualidade da atenção no pré-natal e que, apesar dos protocolos cumpridos, não são interpretados para cada uma delas, o que vai definir demandas diferentes. Tudo pode dar errado por dificuldade de comunicação e singularização da usuária ao longo de um período especial e já bem esquadrinhado e definido como o pré-natal, parto e puerpério.

O exame seguia a cartilha. Histórico, informações gerais, de saúde, questões relacionadas a gestação atual ou anteriores. Tudo o que estava ali era preenchido. Ela aferia a pressão, auscultava os batimentos cardíacos naquela posição com as pernas dobradas. A cada paciente que ela examinava, trocava o lençol de papel, limpava o gel da barriga das mãos e do aparelho, após o exame. Um pré-natal muito satisfatório mas havia um distanciamento. Uma relação protocolar. Sem dúvida que ultrapassar essa forma de relação objetiva exige tempo. Não haveria tempo? E se houvesse, ela sustentaria? Quais apoios o serviço e o sistema dão ao trabalhador para sustentar as relações com os usuários e no interior das equipes?

A última paciente chamou muita minha atenção. Segunda gestação. Ela associava os sintomas que sentia naquela fase à medicação que fez uso para emagrecer recentemente. Ela falou que havia perdido o emprego no Extra (supermercados) recentemente (chorava muito enquanto falava). Tentou fazer regime após ter saído do emprego, mas apesar do remédio ter sido prescrito por uma endocrinologista, a medicação aparentemente ocasionou muitos efeitos colaterais. Acabou sendo atendida na emergência de um hospital, onde afirmaram a ela que os sintomas eram devido à medicação. Ela nunca mais voltou na endócrino e afirmava que não iria voltar. Falava da igreja, que eles a ajudavam. Mas que ela algumas vezes se revoltava com Deus, mas não sabia dizer se era dela ou alguma voz que falava para ela. A enfermeira reforçou que a ansiedade poderia ser um dos causadores dos sintomas que ela se queixava. A enfermeira associava à ansiedade ou à gestação. Havia um pedido de socorro. Ela havia passado recentemente com a clínica do Centro de Saúde que também lhe confirmou que era a ansiedade dela que estava gerando todos os sintomas. Poderia até ser por isso, mas claramente lhe informar disso não foi suficiente para garantir alívio do sofrimento. Ela continuava pedindo ajuda. Ela chorou 2 ou 3 vezes durante a consulta. A enfermeira lhe solicitou para voltar no dia seguinte com os exames que ela havia esquecido de levar. Ela deixou a ficha da paciente separada. Ao final da consulta, a enfermeira me falou que tem muita dificuldade em reconhecer “casos da mental” (como ela falou). Ao final ela propõe discutir o caso com o ginecologista da unidade no dia seguinte.

Fiquei muito afetado pelo caso e incomodado com as pessoas associando os sintomas dela à gestação ou a ansiedade. Ela estava em sofrimento. Fiquei satisfeito que a enfermeira não empurrou o caso. Ela estava insegura como conduzir, mas chamou o caso para mais próximo dela, mesmo sem saber ao certo o que fazer. O pedido de trazer os exames para a paciente voltar no dia seguinte talvez fosse apenas uma justificativa para vê-la novamente em breve.

Em territórios desconhecidos, fica impossível prever a reação dos trabalhadores. A saúde mental é um desses territórios obscuros aos trabalhadores da atenção básica. Mas essa resposta da trabalhadora de trazer para si um caso, mesmo essa situação lhe gerando insegurança foi de uma grande sensibilidade.

Visita domiciliar

Conversando com uma das enfermeiras, ela avisa que irá fazer uma visita a uma gestante. Ela estava preocupada que durante a consulta com ela, a paciente deu a entender que não tinha comida para se alimentar adequadamente. Isso a deixou incomodada e optou por fazer uma visita e entender o contexto.

Fomos com o carro da própria enfermeira.

Depois de procurar por um tempo a casa, encontramos onde era e a paciente nos recebeu. Ela mora de favor nos fundos de uma casa com mais 2 filhos que estavam na creche. No momento da visita, o marido (pai das crianças) estava presente, apesar dela ter falado que ele havia ido embora e deixado ela com as crianças. “Ele voltou?” Pergunta a enfermeira em voz baixa para ele não escutar. “Chegou ontem mas parece que não vai ficar” responde ela também em voz baixa. Nesse momento nós havíamos ido ao final do terreno onde ela morava, para que ele não nos escutasse. Logo que soube da nossa chegada, ele entrou no chuveiro ela nos conta. Em momento algum foi nos cumprimentar.

A enfermeira conversa com ela por algum tempo. Anota alguns dados para perguntar na Assistência Social como está a situação dela. Avisa que irá voltar no dia seguinte com comida. Pela presença do acompanhante da paciente, optamos por ficar pouco e logo nos retiramos. A enfermeira me conta no

caminho de volta que ela mesmo irá comprar comida dessa vez. Como pode demorar para a assistência liberar, ela prefere fazer isso. Ela estava muito preocupada com a moça e seus filhos, mas prefere entender melhor o caso antes de levar para a assistência. Quando perguntei se ela tinha contato com a Assistência Social para discutir esse caso, ela responde “a coordenadora tem”.

A enfermeira já estava naquela unidade havia alguns anos. Fico surpreso com sua resposta de que a coordenadora teria o contato da assistência. Pela vulnerabilidade da região, acreditava que essa relação saúde-assistência era intensa, mas aparentemente não. Quando se olha o território existencial como um lugar no qual os agenciamentos se estabelecem, se torna fundamental considerar como esses agenciamentos ocorrem, como os elementos se comunicam e assim potencializam ou reduzem a potência desse território. A enfermeira não ter nenhum contato com a assistência social me chama a atenção. Como estabelecer agenciamentos para questões sociais se os elementos não eram conhecidos ou não havia comunicação com esses elementos? Sem dúvida a trabalhadora estava envolvida com o caso, sua subjetividade estava tocada por aquela família, mas como ela lidaria com isso? De que forma articularia esse cuidado? Era uma trabalhadora admirável. Seu esforço e sensibilização me cativaram, mas sua estratégia de médio prazo ainda estava por ser construída.

Como fiquei sensibilizado não só pelo caso, que demonstrava muita vulnerabilidade, mas também pela preocupação e aflição da enfermeira em poder fazer algo pelo caso, me cobrei para perguntar qual foi o desfecho que se deu para o caso. Enfim a encontro semanas depois e pergunto do caso. Ao perguntar, a enfermeira faz um olhar de desânimo, seu rosto torna-se sério, quase triste. Ela conta que conseguiu levar os alimentos no dia seguinte à nossa visita, mas que não pode mais ter contato com o caso. “É muita coisa aqui que não nos deixa acompanhar algumas outras coisas importantes” disse ela muito entristecida.

Fiquei transtornado. O olhar da enfermeira abalado pela minha pergunta nos afetou de forma significativa. É uma das enfermeiras que admiro muito naquele

local. Sei do seu empenho e responsabilidade. Imaginar uma família sem garantia de comida porque uma trabalhadora não dava de toda a demanda era inaceitável para ambos. Fiquei me perguntando o que poderia provocar essa relação de uma trabalhadora tão responsável com seu campo de prática. Sem dúvida que nesse meio tempo inúmeros outras questões lhe chegaram e ela resolveu, mas esse caso que demandava um acompanhamento ao longo do tempo não foi possível de ser acompanhado. Estaria fora do plano do visível para ela? Estaria o caso inalcançável para ela? Não saberia ela por onde começar a resolver a questão? Inúmeras seriam as possibilidades para que isso ocorresse. Essa situação me provocou muito a pensar o próprio SUS. Que SUS é capaz de fazer isso com uma trabalhadora tão competente? Que prática e processo de trabalho é esse que mesmo os casos que afetam os trabalhadores acabam ficando de lado? De que adianta olhar para a sensibilidade e afetação dos trabalhadores se isso não é significado de um cuidado ampliado? Se o próprio trabalho inviabiliza o cuidado. Meu desejo era de aprofundar esse caso em particular, mas assim como outras situações que me provocaram, o desenho da pesquisa não me permitem até o momento.

Agenda com a dentista

Peço para ficar um pouco com a dentista e a auxiliar de dentista durante os atendimentos. Elas chamam uma paciente que veio encaminhada por uma enfermeira da unidade. Era uma gestante. A dentista conversa com ela e propõe uma data para iniciar o tratamento. A paciente fala que não pode naquela data proposta. A dentista fica incomodada. "eu estou fazendo o possível para te ajudar!" Fala ela. Em seguida ela propõe outra data. E novamente a paciente não pode devido ao horário. "Eu estou fazendo o que eu posso! Se você não pode nesses horários não tem nada que eu possa fazer! ". Comenta novamente a dentista. Ela informa que vai pedir uma panorâmica (um exame), mas até sair o exame, é bem provável que a criança já tenha nascido. Ela orienta a paciente a continuar o acompanhamento com a enfermeira e que ela iria discutir seu caso com a enfermeira posteriormente.

Quando a paciente sai, a dentista conta que houve uma confusão na agenda. Ela se queixa que uma das dentistas estava de férias e a outra foi dispensada por outro motivo. Isso a deixou sobrecarregada e muito incomodada.

A reação da dentista foi interessante. Ela deu duas possibilidades de atendimento, mas em momento algum perguntou o motivo por que a paciente não poderia ou perguntou qual seria um horário mais adequado a ela. Sendo uma gestante, era sabido da importância da saúde bucal nesse período. Por que ela não podia, se era para cuidar dos filhos para cuidar de algum idoso, se trabalhava no horário, várias possibilidades me vieram à mente, mas não foram questões que surgiram na conversa. A este pesquisador ficam inúmeras questões a serem respondidas. A impressão que me provocou foi de certa dureza, rigidez na relação. A trabalhadora ofertava e a usuária bastava dizer se podia ou não às ofertas que lhe eram apresentadas. Não houve território acessado, não houve troca.

Violência

Conversa de corredor?

A coordenadora do CS me conta no corredor do ocorrido no início da semana. Um protesto no terminal de ônibus do bairro ocorreu em decorrência das mortes ocorridas nos dias anteriores. Os manifestantes atearam fogo em dois ônibus do terminal. As chamas eram gigantescas, falava ela. Optaram por fechar as portas do serviço, mas mantendo alguém caso fosse necessário prestar algum atendimento.

No dia, alguns tinham pensado em sair com o carro para fugir da violência, mas foram aconselhados pelos próprios colegas a permanecer ali, pois estariam mais seguros por lá do que do lado de fora. Chegaram boatos que os manifestantes queriam colocar fogo no centro de saúde. O clima ficou ainda mais tenso. Momentos depois, os próprios moradores avisaram os trabalhadores para ficarem calmos, porque não era intenção dos manifestantes atacar o centro de saúde. Quem falou isso era um comerciante, que também ocupava um cargo importante no tráfico da região, segundo me

explicaram. A tensão e o medo foram intensos naqueles momentos. Durante o dia, várias pessoas foram comentar comigo a respeito do ocorrido. Falavam do medo e da tensão que passaram. A ansiedade e expressão dos trabalhadores me contando nos dias seguintes ao ocorrido, mostra como isso os deixou afetados.

A coordenadora avisa que estava indo ao Distrito de Saúde para solicitar ajuda. Eles estavam sem profissionais da saúde mental e os familiares das vítimas e outros moradores que vivenciaram a violência das mortes estavam procurando por ajuda no centro de saúde durante aqueles dias. No caminho para ir embora da unidade, reparei nas marcas de queimado nas paredes do terminal próximo ao Centro de Saúde e os pedaços de lataria e objetos queimados ao redor. As pessoas caminhavam em volta e o pequeno terminal funcionava a todo vapor.

Um evento de grande proporção ocorre ali, ao lado deles. A notícia ganha repercussão nacional. Aqueles acontecimentos trariam impacto nos sentimentos daquelas pessoas do centro de saúde por algum tempo ainda, por outro lado, era sobreposto por outros inúmeros temas no decorrer do dia. O tema da violência surgiu de diversas maneiras e diferentes intensidades para cada trabalhador e em cada espaço.

Conversa no café

No café, mais conversas a respeito das chacinas e como estava a violência nos outros bairros. Um dos carros queimados era de um "senhorzinho" que mora próximo do posto. Enquanto algumas trabalhadoras me contavam do acontecido, outras começam a distribuir um bolo que estava guardado na geladeira. Houve uma pequena festividade no dia anterior em comemoração a duas trabalhadoras que teriam seus casamentos nos próximos dias. O assunto agora eram as festas.

Muito em breve a terrível chacina virava apenas mais uma história no serviço. Não presenciei espaços nos quais os trabalhadores de forma coletiva refletiram sobre o ocorrido, pode ser que isso tenha ocorrido em momentos nos quais o pesquisador não esteve presente, mas também não foi trazido que houve essa conversa em nenhum momento da pesquisa. De qualquer forma, a dinâmica da unidade passa por situações dessa magnitude de forma que em pouco tempo era uma lembrança na fala dos trabalhadores. Outros temas tomam a pauta. Os acontecimentos vão passando sem muita reflexão ou tempo para olhar para o ocorrido com a importância com que deveria ser olhado.

Pós-tempestade e chacina

Em uma das tardes em que eu estava lá, após a chacina, chegou uma jovem de 14 anos, irmã de um dos jovens mortos. O auxiliar de enfermagem me conta com certo desdém “essa está vindo sempre aí! Ontem mesmo já veio! Mas não é nada, só está nervosa! ”. O segurança, que estava ao lado, se mostra mais sensível e me conta sobre a menina “ela perdeu o pai muito cedo, a mãe está presa. Ela já tinha perdido um irmão morto por tráfico e agora acabou de perder mais um”.

Recentemente, o CS perdeu a psicóloga que ali trabalhava e a residente em Terapia Ocupacional estava em férias. Quase diariamente algum familiar procurava a unidade de saúde em crise. “Eu não sei lidar com esses casos de saúde mental” me afirmou uma enfermeira semanas antes dos ocorridos. Agora, eu ouvia isso de praticamente todas as equipes.

Fui conversar com a moça. Ela estava na sala de urgência da unidade já fazia 10 minutos, e nenhum médico ou enfermeiro havia avaliado o caso, apenas os técnicos. A sogra estava com ela no momento. A menina de 14 anos chorava deitada sobre a maca enquanto segurava a mão da mulher. Quando percebi, já estava sabendo de toda a história e nenhum médico havia chegado.

Ela tem quatorze anos, morava na casa com alguns irmãos. O pai estava morto. O irmão mais velho preso. A mãe estava presa também e por isso, nesses dias de terror, ela foi morar com a sogra. A sogra não suportava ver o sofrimento dela. Só de me falar como ela sofria em casa, enquanto segurava a

mão da menina deitada, seus olhos marejavam. Até para mim foi difícil escutar uma história com tantas tragédias na vida de uma pessoa tão jovem.

O médico que deveria fazer o atendimento estava com muitos pacientes já agendados. Pela conversa, percebi que ele já sabia do que se tratava (a menina esteve lá no dia anterior pelo mesmo quadro). Ela conta que cada família do bairro acolheu um dos 5 moradores da casa, até para protegê-los de novas ameaças. Ela ficou com a menina que namora seu filho há um ano. Seu filho tem 20 anos e já trabalha.

Procuo o médico responsável em fazer o atendimento e converso com ele sobre o caso. Assim como outros trabalhadores, ele também me lembra que estão sem equipe de saúde mental. Ao final, concordamos em um retorno dela na próxima semana com a pediatra da área. Fui atrás da enfermeira da área na qual a menina morava e encontrei a enfermeira de referência para a área conversando com outra enfermeira na sala de acolhimento. Falo do caso (que elas já sabiam de quem se tratava) e combinamos em marcar um retorno para a semana seguinte, onde discutiríamos com a pediatra da equipe como seria o acompanhamento desse caso. A enfermeira B, referência para o território da menina, vai comigo até a sala de emergência combinar com a paciente e a acompanhante quando voltar para passar com a pediatra.

Já em melhor estado, a menina e a sogra vão para casa caminhando. A sogra sorrindo agradece pela conversa.

Uma criança em claro sofrimento. Nem isso parece ter sensibilizado alguns trabalhadores. Seria o preconceito por ser parente de “traficante”? Seria por ser questão de saúde mental e estavam inseguros em se aproximar do caso? De qualquer maneira fiquei muito provocado por esse distanciamento dos trabalhadores com o caso. Havia elementos muito fortes nessa relação.

Voltei no dia combinado. A consulta estava agendada para 14 horas. As 13h 30, sogra e paciente já estavam por lá. Assim que a médica liberou uma paciente, eu e a enfermeira entramos na sala para discutir o caso com a médica, sem a presença da paciente no consultório. A enfermeira não havia discutido o caso com a médica, apenas colocou o nome da paciente na lista de atendimento do dia.

A enfermeira começa a passar o caso. “A menina B é de uma das famílias que teve um jovem assassinado na última chacina. Quem está cuidando dela agora é a Fulana (sogra da paciente), lembra? A doutora vai lembrar, é aquela doidinha que acompanha com o psiquiatra sabe? Que é meio vesguinha.... Quando você ver, sei que vai lembrar! E ela tem vindo aqui quase diariamente com crises nervosas, depois que o irmão foi morto”.

As referências que a enfermeira usa já estabelecem uma perspectiva negativa da paciente. Em nenhum momento ela se mostrou “doidinha” ou qualquer sintoma que merecesse as características descritas pela enfermeira. Essa descrição da família em sofrimento demonstra uma relação negativa e delicada. O que terá estabelecido essa relação estigmatizada da enfermeira com essa família? Que elementos terão constituído esse território afetivo tão negativo entre elas? Nos momentos em que estive com a paciente e sua sogra tive uma impressão totalmente contrária da enfermeira. Ela tinha 3 filhos e assumia cuidar da nora e o fazia com muita atenção e carinho. Os sentimentos dela em consideração ao sofrimento da menina eram comoventes. Muito diferente da afetação provocada na enfermeira ou na equipe.

A enfermeira explica um pouco mais do caso. A médica já lembra desanimada que “o problema é que estamos sem ninguém da mental! E com certeza ela precisa de acompanhamento”. É que além disso ela está com algumas queixas clínicas, dor nas costas e uma otite que ainda não melhorou, eu lembro a médica.

A médica assume uma postura defensiva ao afirmar que estavam sem equipe da mental. Insegurança? Medo? Um território da saúde mental se mostra como um território que provoca posturas defensivas pela equipe, como se os elementos que compõem as abordagens e constroem habilidades e cuidados adequados fosse inalcançável por eles.

Chamamos a paciente que entrou com a sogra. Eu já a havia visto minutos antes e ela estava com uma ótima aparência, até brincando deitada na maca que fica no corredor do CS. Algumas coisas me chamaram a atenção no

atendimento. A seriedade da médica pediatra criava um clima levemente tenso. Ela iniciou questionando sobre as queixas clínicas e definindo condutas para cada uma delas. A paciente B estava respondendo bem às questões, mas não percebi nela a disposição como estava antes de entrar no consultório. E foi só a médica perguntar dos "outros" problemas que ela logo começa a chorar silenciosamente enquanto responde às perguntas. "Tenho 10 irmãos" ... "dois já morreram e meu pai também " (foram mortos a sogra nos conta, fazendo gestos com as mãos de "tiro" para que a menina não ouvisse) ... " não me dou bem com nenhum dos meus irmãos" ... "quando morava com meus irmãos eles me batiam". Enquanto chorava, a sogra me olhava como se quisesse compartilhar o que ela sentia "está vendo o que essa menina passa" era o que eu entendia.

A médica define a conduta clínica e pede alguns exames. Pede que a sogra retorne em um mês com os exames prontos. Fico muito insatisfeito com o tempo do retorno. Pergunto se um retorno semanal com a enfermeira não seria possível nessas primeiras semanas, ao menos para conversar e ver como ela está se sentindo "eu acho que não, quando ela estiver com os exames eu vejo ela e se ela precisar ela pode voltar aqui" responde a médica. E assim termina o atendimento.

Ao final, eu e a médica nos perguntamos onde estaria a irmã mais nova dela, de 13 anos. Percebo que a médica se sentia sem opções para aquele caso. Pergunto como é a relação do CS com o CRAS da região "discutimos alguns casos já com eles, responde ela. Mas não é muito frequente. É mesmo! poderíamos até levar esse caso para falar com eles!". Saio do consultório percebendo que levamos muito tempo com esse caso. Na saída, uma paciente que esperava com a criança no colo olhava de cara fechada para mim e para dentro do consultório. Era a próxima a ser atendida que deveria estar aguardando há algum tempo.

Um caso que afetou esse pesquisador pela intensidade emocional e que aumentava ainda mais conforme a jovem falava do seu passado violento. Nada disso pareceu afetar os trabalhadores. Nada disso pareceu sensibilizá-los para, de alguma forma, acolher aquela criança a não ser respaldados em protocolos e procedimentos pré-definidos. Elas se mantiveram na sua postura técnica valorizando

as questões clínicas e exames laboratoriais. Um território estriado, complexo e rígido pelo qual o modelo de assistência normalmente se reproduz. Que elementos comporiam esse território com tamanha força, que mesmo frente a realidades tão sofridas impedem uma mudança de prática? Que forças de territorialização permanecem agindo? Da mesma forma, os agenciamentos criados com os exames, queixas clínicas parecem ter sido suficientes para aquelas trabalhadoras.

Este caso nos mostra como é provocada uma desterritorialização da equipe que não sabe lidar com a situação de violência que assolou o bairro e que por vezes dificulta o acesso aos cuidados necessários, como uma proteção ou fuga dessa realidade, ou trabalha sua prática dentro trazendo para um território no qual a pessoa se sente segura (Ritornelo).

Encontros

Café

Uma das funcionárias me fala que iniciou a trabalhar desde os treze anos. Isso muitas vezes é ignorado pelos gestores e pelos colegas, diz ela. É a mesma funcionária que outro dia afirmou que não tem tempo para brincar com seus filhos. Alguns finais de semana apenas, mas é raro.

O que o trabalho e a obra dos trabalhadores representam para o SUS? Longe de ser uma questão de mérito aqui, mas a trabalhadora traz um desejo de valorização, de reconhecimento como trabalhadora e como ser humano. A relação com os trabalhadores pela gestão pode permitir que esse desejo seja considerado. Sem dúvida algo muito singular para cada indivíduo, mas essa escuta pelo desejo de cada trabalhador deve ser singularizada assim como gostaríamos que o cuidado em saúde também o fosse. Esforçar para a singularização da escuta pela gestão para cada trabalhador produziria um território de escuta e valorização assim como

gostaríamos que fosse realizado no cuidado. Algo que não acabe em si mesmo, mas que a partir daí se construa pontes permanentes com os usuários e que os tragam aos serviços de saúde e que estes sejam territórios estranhos, mas não ameaçadores ou inimigos.

Conversa na sombra

Havia uma roda de trabalhadores sentados embaixo de uma árvore, próximo à cozinha do CS. Tinham acabado de almoçar e trocavam risadas. Logo que cheguei, uma delas (funcionária da limpeza) comentou que ia esperar eu me retirar, porque ela estava caçoando do técnico de enfermagem A, e tinha vergonha de fazer isso na minha frente. Mas ela não se conteve e tirou onda com ele ali mesmo. É uma pernambucana de aproximadamente 30 anos, que mora em Campinas há 20 anos, fala alto, e brinca com todo mundo. Eles comentavam que era melhor ficar ali fora do que ouvir dos médicos sobre seus passeios na Europa. O segurança que estava junto reforça "Bom é conhecer a vila tal, o bairro aqui atrás, o Campo X lá atrás! ". Percebi que duas das funcionárias da limpeza tinham entrado no CS, mas quando voltaram sentaram fora da roda, "atrás" da árvore, mas ainda próximos de nós. Mais velhas, tive a impressão que tinham certa resistência com minha presença na roda.

Momentos depois da roda, entrei na cozinha para conversar com uma das médicas. Logo que sentei, a funcionária da limpeza foi atrás, me perguntando qual era minha especialidade com aquele seu jeito brincalhão. A médica a repreendeu com o olhar. " Eeee doutora!! Sou casada e muito bem casada! Pode ficar tranquila!! Só quero saber a área que o doutor atua!" Respondeu ela, ficando mais séria. Expliquei meio sem jeito o que o médico sanitarista faz e ela comenta " achei que era pediatra! Você tem um jeitinho todo calmo! ". E sai da cozinha.

A distinção de classe social fica muito evidente em um serviço de saúde. A começar pela forma de contratação daqueles trabalhadores. Os terceirizados são todos de nível técnico. Enquanto os médicos e enfermeiros falam de viagens a

Europa, eles se distanciam para falar dos bairros de Campinas. Espaços geográficos muito distantes das suas possibilidades, por isso se distanciavam até das conversas. O sistema de saúde parece sustentar essa distinção social de classes. Da mesma forma, fica naturalizado na subjetividade desses trabalhadores essa distinção que não tem nada de natural. A relação de forças também fica nítido. O papel dos técnicos é todo definido pelos trabalhadores nível com grau universitário e a eles devem se reportar. Apesar das dificuldades serem semelhantes, a distinção social existe e permanece. Mas isso pouco influencia na relação com os usuários.

A advertência da médica para auxiliar de limpeza demonstrava uma relação de poder. Ela não tinha hierarquicamente poder algum sobre a outra, mesmo assim a advertiu na frente do pesquisador. Quanto essa relação de classes age na subjetividade desses trabalhadores?

Tempo de serviço

Em frente à cozinha, percebo a conversa de algumas meninas da enfermagem com as meninas da limpeza. Aproveito e pergunto há quanto tempo elas, funcionárias da limpeza, trabalham por lá. Uma delas me fala que a mais velha está lá há 17 anos, a outra há 12 e ela há 7 anos. Todas eram contratadas por uma empresa terceirizada da prefeitura.

O centro de saúde estava lá havia menos tempo que isso. De certa forma, apenas os níveis técnicos estavam lá desde o início da unidade. Os trabalhadores com nível superior de formação não duravam tanto tempo. Enquanto muitos de nível superior esboçavam desejo em sair de lá, os trabalhadores técnicos referiam orgulho em querer continuar na unidade. Parece haver uma familiaridade, uma solidariedade entre esses profissionais e o território do CS. Uma relação diferente sem dúvida. Muitos residem em áreas semelhantes ou até no próprio bairro enquanto que os trabalhadores com nível superior moram em regiões distantes. É possível desenvolver relações com mais afecto com os usuários daquele espaço?

Conserto

Nesse dia cheguei ao centro de saúde pela entrada dos fundos, perto da cozinha. Ao lado da cozinha tem a sala de esterilização de materiais. Nesse momento, o segurança empurra a porta da autoclave que fica nessa sala. Ela emperrou e os funcionários da enfermagem não conseguem retirar os materiais de dentro. Durante 10 minutos nada deu certo. Tentaram em dois ou três e ainda assim, nada. A tarefa ficaria para o serviço de manutenção.

Quando chego à unidade no dia seguinte, um técnico terceirizado está lá mexendo no equipamento para resolver o problema. Felizmente no dia seguinte mesmo isso foi resolvido.

Fico aliviado pelos trabalhadores não terem mais uma questão para se preocuparem ou que prejudique o trabalho deles.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO CARTOGRÁFICO: O QUE SE APUROU ATÉ AQUI

Sobre a metodologia

A cartografia se mostrou uma metodologia complexa (fundamentação teórica e conceitos de difícil entendimento), de difícil aplicação prática (tendo em vista os modos tradicionais de se fazer pesquisa atualmente) mas extremamente potente como uma pesquisa qualitativa.

Exatamente pela sua complexidade, como teoria e método, a cartografia nos permite dar um novo olhar para situações já historicamente analisadas e estudadas, contribuindo com novos modos de sentir, olhar e pensar a realidade que nos toca de forma objetiva e subjetiva. Para entender a complexidade de que estamos tratando, Rolnik (2011) escreve a respeito da subjetividade que:

...a subjetividade, segundo Deleuze e Guattari, não é dada; ela é objeto de uma incansável produção que transborda o indivíduo por todos os lados. O que temos são processos de individuação ou de subjetivação, que se fazem nas conexões entre fluxos heterogêneos, dos quais o indivíduo e seu contorno seriam apenas uma resultante. Assim, as figuras da subjetividade são por princípio efêmeras, e sua formação pressupõe necessariamente agenciamentos coletivos e impessoais. (Rolnik, 2011, p. 16)

Romagnoli (2009), ao falar a respeito do método, diz que:

...a cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. (Romagnoli, 2009, p. 169).

E o encontro do pesquisador com o campo pode sofrer diversas influências.

O desenho proposto inicialmente trouxe alguns limites importantes para uma pesquisa cartográfica. Em se tratando de uma primeira pesquisa que utiliza essa

metodologia, é compreensível que haja limitações. Uma mudança conceitual e teórica não poderia ser menos complexa.

Apesar dos limites encontrados, a pesquisa permitiu trazer considerações e apontar novos questionamentos e possibilidades de investigação que irão colaborar na produção em saúde coletiva.

Sobre o conceito Território

Uma grata surpresa perceber que o tema escolhido previamente para ser trabalhado, o território, se mostrou de tamanha importância na própria literatura que fundamentou nossos estudos, de Gilles Deleuze e Felix Guatarri. Em 1988, o filósofo Gilles Deleuze em entrevistas à jornalista Claire Parnet afirma ao ser questionado sobre o termo:

...construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. [...] precisamos às vezes inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte. (DELEUZE, G. Entrevista 1988)

Olhar para o território a partir de uma perspectiva das emoções, afetos e sentimentos já se torna revolucionário no mundo objetivo de hoje. Conceitos que foram surgindo ao longo do estudo, alguns apresentados no decorrer desse trabalho, me provocaram a aprofundar o entendimento sobre a teoria proposta. Conceitos como de “máquinas” (desejantes, sociais, territoriais, etc) foi acessado de forma muito inicial, no entanto, já me provocou de forma surpreendente. Infelizmente pelo tempo desse mestrado ainda não foi possível senti-los e entende-los como gostaria. Faço apenas algumas provocações durante essas considerações, utilizando alguns desses termos.

Sobre os afetos

Muitas cenas trazidas nesse trabalho abordam relações das trabalhadoras e trabalhadores nas diversas situações da vida, como a pessoal, familiar, do passado, etc. A proposta de trazê-los, mesmo que de forma pontual, é exatamente destacar a importância que outros temas que vivenciamos geram afetos, desejos e emoções que compõem nossos ambientes de trabalho. São afetos e sentimentos inseparáveis, que compõem a subjetividade de cada um. As experiências passadas e atuais dxs trabalhadorxs em outros serviços surgem como um importante fator na produção de novos territórios existenciais. Essas experiências se mostraram como potenciais forças desterritorializantes ao possibilitar diferentes relações com os colegas e com os pacientes. Os duplos vínculos que muitas trabalhadoras possuem lhes permite vivenciar diferentes realidades com diferentes formas de vínculo e acesso aos outros trabalhadores, mas para alguma essa mudança na relação só faz sentido quando o objetivo também muda. Acredito que essa troca de experiências em outros serviços e realidades devesse ser melhor organizada e estruturada com a intenção de promover novas experiências e experimentações.

A pesquisa sugere que muitos profissionais não acreditam na potencialidade da atenção básica como instância resolutive da rede de saúde. O sonho de trabalhar em um hospital e ser mais resolutivo surgiu em diferentes momentos e encontros. A relação com a equipe médica contribui fortemente com esse sentimento por muitas vezes o acesso aos médicos e médicas ser um desafio não só aos pacientes como aos colegas do serviço. Algumas dificuldades que influenciavam na relação com o serviço já começavam no trajeto para se chegar ao local de trabalho. A região onde fica o centro de saúde é um dos limites da cidade, o transporte público de má qualidade e a insegurança no trajeto foram fatores lembrados durante a pesquisa. A dupla jornada (em casa) para cuidar da família também surgiu como uma questão relevante por parte de algumas trabalhadoras. Os cuidados que se propõem a construir com os usuários nem sempre são parte da sua rotina consigo mesmas.

Quanto ao trabalho, há uma boa relação interpessoal, mas que não necessariamente se reflete em uma boa construção da atenção ao cuidado. Há diversas redes no interior do serviço, cada uma com diferentes forças e sentidos conforme a relação que se estabelece entre os agentes que as integram, com diferentes potências de proporcionar escuta e cuidado. Olhar melhor para essas redes no interior do serviço e seus mecanismos de comunicação torna-se fundamental. Uma das enfermeiras reconhece que não há funcionamento em rede

no sistema de saúde. Diz que cada serviço é uma bolha, funciona isoladamente e com seus interesses.

Alguns momentos marcam tamanha a intensidade emotiva que concentram. A farmacêutica que conta ao pesquisador sobre a nova trabalhadora da farmácia que seria contratada estava com um sorriso no rosto que durante muito tempo não a vi trazer. Foram meses de sofrimento, lágrimas e pressão pelos quais ela passou. Aquele sorriso tinha um significado muito especial. O enfermeiro que fez um levantamento sobre a resolutividade dos acolhimentos que eram feitos e se espantou com a alta resolutividade encontrada fala também da satisfação de saber que seu trabalho era capaz de trazer bons resultados. Seu sofrimento, estresse e reclamações a respeito do acolhimento pareciam ter ganhado outro sentido quando ele se deparou com resultados positivos. A expressão da técnica de enfermagem de como lhe era satisfatório ver um paciente bem, sendo que de alguma forma ela havia contribuído para que isso acontecesse, falava muito disso. Para esse pesquisador, essa questão de o resultado do seu trabalho ser de alguma forma visível àquele trabalhador e trabalhadora que diariamente enfrenta tamanhos desafios é gerador de muita satisfação. Os únicos locais em que o impacto do trabalho era mensurável de alguma forma era na quantidade de crianças vacinadas da região e outras áreas que, historicamente, têm investimentos da gestão (coleta de exame preventivo por exemplo).

Perceber que uma enfermeira afetada e sensibilizada com uma questão que aflige uma família, como aconteceu algumas vezes durante a pesquisa, não é garantia de que uma ação de saúde seja condizente com a necessidade de saúde daquelas pessoas envolvidas foi chocante. Mesmo havendo uma disponibilidade para se desterritorializar, o trabalhador não necessariamente iria produzir aquilo que se mostrava necessário. A frustração no olhar de algumas trabalhadoras quando essas situações ocorreram ainda me afetam. O caso da enfermeira que viu a mãe de duas crianças sem comida para dar às filhas, mas pela demanda da unidade não deu conta de acompanhar o caso dela me tocou de uma forma intensa, assim como tocou sem dúvida a trabalhadora. Que SUS é esse que, mesmo uma trabalhadora sensibilizada e com estrutura necessária para garantir o direito à saúde a um grupo vulnerável, não dá conta de fazer o mínimo necessário? Tenho certeza de que forças

externas inviabilizaram o cuidado que aquela enfermeira havia se comprometido a dar. Não era culpa dela, mas ela talvez não saiba disso até hoje.

A insegurança se mostrou como um sentimento frequente. Cada trabalhador reagia a situações de insegurança de diferentes formas. Uns se protegiam com normas e regras enquanto outros traziam o caso mais para perto de si, mesmo sem saber exatamente o que deveriam fazer a respeito. O tema da saúde mental é um exemplo muito forte a esse respeito. Muitxs trabalhadorxs antes de escutar os casos de claro sofrimento já argumentam que estavam sem equipe da saúde mental ou afirmavam “Eu não sei lidar com estes casos de saúde mental”, como disse uma enfermeira. Suas condutas se sustentam em modos de cuidado nos quais se sentem seguros de operar. Houve outras trabalhadoras que mesmo sem saber como lidar chamaram o caso para perto de si de forma a acompanhá-los mais de perto. Uma atitude corajosa sem dúvida. Mas aparentemente não há um território e agenciamentos que lhes permitam circular por esse campo, ou se esses territórios lhes são acessíveis, outras forças devem agir impedindo que elxs o acessem. Os dois movimentos talvez sejam o mais provável: Para alguns é um território inacessível por não ter acesso, para outros é inacessível por não desejarem o acesso. A própria ideia construída de que saúde mental exige trabalhadores da saúde mental acaba agindo como uma força que desmobiliza qualquer aprendizado quanto a esse tema.

No caso da paciente que estava com dor há dias e precisaria procurar uma ginecologista com urgência, a enfermeira poderia ter ido além de orientá-la verbalmente a procurar um outro serviço. A impressão que ficou ao pesquisador é que por medo ou insegurança, ela preferiu não assumir maiores responsabilidades sobre o caso. Tomou uma postura que deixou a paciente sozinha na sua dor e no seu medo. Não assumiu para si a responsabilidade de garantir um cuidado adequado ali ou em outro serviço. Fosse escrevendo um encaminhamento ou até ligando no serviço de referência e discutindo o caso, como profissional da saúde era o que a paciente esperava dela, uma atitude responsável e solidária.

O que se percebeu na pesquisa é que territórios como os da saúde, mesmo com suas heterogeneidades internas, têm dificuldade em dialogar com a heterogeneidade dos territórios existenciais dos usuários. O movimento do ritornelo me pareceu presente no momento das consultas da menina que teve o irmão morto

na chacina. A médica manteve seu atendimento dentro de uma perspectiva clínica biológica, de forma bem completa, mas não ousou entrar em outros territórios como do sofrimento mental e sentimental que a menina estava passando.

Sobre os processos

Os territórios existenciais que por ali circulam convivem com a dualidade daquele território conhecido e já esquadrinhado pelo pensamento e pelas vivências, com os territórios desconhecidos sendo acessado o inusitado e novos territórios a serem conhecidos. Nesse percurso para o novo, os fluxos, o múltiplo, o diverso, mais a consideração das necessidades dos indivíduos e o desejo de supri-las é como o motor principal de propulsão e (des)organização. No entanto, os serviços de saúde se apresentam muitas vezes com características dos territórios estriados: regulados, protocolares e endurecidos o que acaba limitando as possibilidades de encontros rizomático e com múltiplas saídas.

Algumas forças tiveram maior visibilidade durante o processo da pesquisa. O discurso científico e o gerencial, por exemplo, apareceram algumas vezes influenciando ou justificando a conduta do cuidado proposto ou da organização do trabalho. No entanto, não era apenas uma força agindo sozinha. Algumas vezes as falas pareciam estar sendo usadas para justificar uma atitude onde medos, receios estavam também presentes. Essas forças se somavam. Mas seria preciso olhar de outras formas, junto com as pessoas envolvidas, para entender quais desejos e sentimentos efetivamente estavam agindo e de que forma interagiam. Apenas uma leitura distante foi possível na forma como os encontros se deram nessa pesquisa.

A enfermeira que se sentiu autorizada a discutir alimentação, atividade física com os usuários diabéticos a partir da aula com o especialista chama atenção para um processo de cuidado. Após uma afirmação científica para olhar de outra forma o cuidado do paciente diabético, a enfermeira se sente autorizada a realizar tal cuidado de um outro lugar, com maior liberdade e acesso ao território do outro. Se por um lado há uma desterritorialização da própria trabalhadora que se autoriza a estabelecer uma nova relação com o território do outro (com potencial para, ao menos), por outro lado, há a manutenção de um território no qual ela parece se

sentir segura, o próprio território da ciência e do modo como ele se reproduz no setor saúde.

O discurso científico é uma das forças que influencia fortemente os territórios das trabalhadoras em saúde. Através dele se estabelecem condutas, normas e regras para o atendimento, sem muitas vezes ser questionada a importância que determinado conhecimento deveria ter naquele contexto. Ele age muitas vezes dando segurança aos trabalhadores para sustentar seus desejos, sendo por vezes difícil saber o que veio primeiro. Para cada pessoa e conforme a situação, a ciência pode ter diferentes formas de influenciar seus afetos e relações. Se por um lado a ciência traz segurança na definição de condutas das trabalhadoras, por outro, acessar o território existencial do outro é percorrer caminhos desconhecidos e que podem deixar o trabalhador inseguro daquilo que irá encontrar e se conseguirá dar uma resposta.

As normas e as regras no serviço de saúde servem a diferentes interesses e muitas vezes sustentam práticas ou condutas contraditórias, facilitando e dificultando o acesso, por exemplo. Inúmeras são as origens dessas normas, desde artigos científicos, corporativas, da gestão do serviço, decisões nos espaços colegiados, etc. Essas normas ganham diferentes graus de importância para cada trabalhador e muitas vezes, essas normas entram em contradição com normas de outra origem. Muitos conflitos que foram presenciados se deram exatamente em momentos em que regras e normas se contradiziam, deixando a trabalhadora desterritorializada mas sem saber para onde ir. Nem sempre as escolhas que se fazia nesses casos iria beneficiar o paciente, mas isso sem dúvida também ocorria.

O serviço se mostrou como um espaço dinâmico e em constante reinvenção. Durante o período da pesquisa muitas mudanças nos processos foram sendo propostos por disposição dos próprios trabalhadores. Sem dúvida que essas mudanças aconteciam dentro do que lhes era possível mudar. Muitas vezes mudanças de processo não envolviam mudanças estruturais, dos meios de comunicação e informação, indicadores ou equipamentos. Esses limites poderiam ser determinantes do quanto o processo em questão efetivamente mudaria.

Um primeiro passo na direção de criar as condições para um encontro e produções rizomáticas, ou seja, encontros que valorizem e respeitem suas riquezas

imprevisíveis, seria potencializar a desterritorialização dos profissionais dos serviços de saúde, multiplicando a possibilidade de uma interação com os territórios de fora dos serviços, o território não conhecido e que se constituem nos territórios de cada usuário (Haesbaert, 2015), assim como possibilitar uma interação com os múltiplos territórios que atravessam o próprio serviço de saúde e que compõem o território dos seus colegas de trabalho. A desterritorialização pode criar as condições para uma escuta ampliada, desde os profissionais de saúde e gestores, até os usuários. Um movimento que aponte para reterritorializar a todos, mas numa situação de expansão de seus mundos que concorra para provocar conexões, acertos, combinações, compreensões.

A agenda médica e o acesso ao médico

A equipe médica parece construir uma muralha. Fazem seu próprio território no interior do serviço, com muros altos de proteção. Os espaços de abertura ao fluxo são cuidadosamente protegidos e regulados. Por um lado, protegem para que seu trabalho não se torne um local descontrolado como de um pronto-socorro, por outro, não se importam que esse papel fique sob a responsabilidade das enfermeiras e técnicas que devem atender a todos os que chegam à unidade.

Para sustentar e defender esse modelo, um profissional médico afirma em frente as enfermeiras que, se pudessem, as enfermeiras passariam todos os pacientes para eles, médicos, e isso tornaria o trabalho deles como de um pronto-socorro. Para impor limites e proteger seu território, o trabalhador chega a deslegitimar a potência e o lugar do outro. Não há espaço para composição, trocas ou construção de espaços.

Havia uma quantidade de consultas médicas mal utilizadas devido ao agendamento de consultas bi-mensal ser feito sem critérios. É chegar e solicitar. Por outro lado, o acesso da equipe aos médicos assim como dos pacientes no dia a dia do serviço era muito reduzido. Foram algumas contradições que precisariam olhar o processo histórico que levou aquele serviço a naturalizar tais contradições.

Os procedimentos e os espaços

A recepção do Centro de Saúde direciona a demanda do usuário entre as ofertas que o serviço tem. É uma porta de entrada aos fluxos e procedimentos disponíveis, no entanto torna-se um espaço sem muita liberdade para criação, não só pela permanente demanda que lhe aparece como também suas respostas dependem de agenciamentos com outros setores da unidade para dar continuidade às solicitações que chegam. A recepção se coloca para a população abrindo o serviço, construindo pontes, planos comuns, ou apenas protege e define como o usuário vai percorrer o território já bem definido no interior. A recepção pode ser a franja de relação entre o dentro do serviço e o dentro dos territórios existenciais dos usuários, que num momento de encontro poderiam tramar juntos o que se coloca neste campo de trocas com um vetor mais dirigido ao usuário e suas necessidades. Sem dúvida um espaço que precisa ser pensado com muita atenção pelos trabalhadores por ser um elemento importante na relação que será estabelecida com o usuário.

Áreas muito organizadas quanto aos seus procedimentos, rotinas, técnicas e tecnologias, como a sala de vacina, tendem a não privilegiar o contato com o paciente, como conta a vacinadora. O papel do procedimento, vacinar, é indiscutível. O contato interpessoal tende a diminuir. Não há margem para a intervenção do usuário.

Sobre o acolhimento, a forma como foi organizado nesse serviço acabou centralizando na figura da enfermeira todo o acolhimento de uma área de mais de 20 mil habitantes. Para compensar a alta demanda, as enfermeiras definiram uma escala como um mecanismo de proteção, já que o limite de atendimentos por hora aparentemente não era possível, como era com os médicos. A equipe de enfermagem tinha uma força muito influente na gestão do serviço. Não havia nenhuma gestão ou grupo que tivesse definido que assim deveria funcionar o serviço, foram as próprias enfermeiras que definiram e mesmo assim as reclamações deles eram muito frequentes. Havia 3 equipes no serviço, mas o acolhimento e muitas outras ofertas não eram organizados respeitando essa organização por equipes.

Nessa unidade de saúde a farmácia possui uma janela através da qual o paciente poderia acessá-la diretamente, sem entrar no serviço de saúde. Isso facilita

a muitos usuários que vão ali para buscar seu medicamento apenas, o que é muito frequente. Por outro lado, isso cria um fluxo da farmácia sem relação alguma com a unidade de saúde. É como se o trabalho ali realizado fosse na verdade de um serviço isolado e muito distante do trabalho da unidade de saúde como um todo. Somado a intensidade do trabalho que aparecia para elas, o contato com a unidade de saúde era muito pontual e quase inexistente. No início da pesquisa eu tinha que a farmácia era mais um serviço oferecido pela unidade de saúde. Ao final, isso ganhou outra dimensão. A farmácia é um serviço muito complexo por si mesma. Não era “a farmácia do centro de saúde” como eu imaginava inicialmente, mas era “a farmácia de uma região de 30 mil habitantes” praticamente. Isso dava uma outra dimensão do que efetivamente representava aquele setor na unidade de saúde.

A farmácia recebia violência diariamente e nada acontecia. Se por um lado me surpreendeu a forma fria como a unidade olhou para a chacina que houve no bairro, por outro, me surpreendeu como alguns espaços estão aptos a receber violência de forma muito frequente e nada acontece para protegê-los ou evitar que isso se repita. Não é sem motivo que um serviço não se impacte com a violência do bairro se a violência que eles sofrem na pele não gera mudanças nos processos ou nas estruturas.

Vacina, leitura de exames, farmácia, medir a pressão arterial, etc, em muitos dos espaços a produção de cuidado é baseada na realização de procedimento. O produto ofertado e garantido é o procedimento em si. A afetividade da unidade e a sensação de um ambiente agradável não aparenta chegar ao processo de trabalho em ato, nos espaços de relação com os usuários. Fica na relação entre as trabalhadoras, mas não se estende ao processo de trabalho. Um território pessoal e outro profissional. Que forças são essas capazes de mudar em um mesmo tempo espaço os territórios subjetivos pelos quais os trabalhadores percorrem?

Ficou para mim a ideia de uma máquina a qual “corta” as consultas e os procedimentos.

Toda máquina é máquina de máquina. A máquina só produz um corte de fluxo se estiver conectada a outra máquina que se supõe produz fluxo. Sem dúvida esta máquina, por sua vez é na realidade corte, mas ela só o é em relação a uma terceira máquina que produz idealmente, ou seja, relativamente um fluxo contínuo infinito. Em suma, toda máquina é corte de fluxo em relação àquela com que está conectada, mas ela própria é fluxo ou

produção de fluxos em relação àquela que lhe é conectada. É esta a lei de produção de produção. (Deleuze & Guattari, 2010 p. 40).

Dessa forma, outras máquinas são possíveis de serem observadas e pensadas dentro do serviço de saúde.

A violência e outras questões

A relação com a violência do bairro não me parece diferente da relação com outros problemas sociais da região do serviço de saúde. O que os afetava mais intensamente era a violência que lhes chegava no dia a dia. A cobrança por remédios, por atendimentos, por exames. Era essa a violência que lidavam frequentemente. A relação com o externo se dava conforme a demanda que gerava internamente. Assim, a questão das gestantes (um dos mais altos índices da cidade), dengue e o sofrimento mental (como na época da chacina) se mostraram como pautas que olhavam o território, mas a partir de algo que gerava transtorno para o serviço. A relação com o território da forma que era esperada pela PNAB não parecia nem perto de ocorrer na prática. Havia agenciamentos conforme aquilo que gerava afetos, incômodos, desterritorializações.

A técnica de enfermagem que separa exames alterados percebe, através da análise atenta dos exames laboratoriais, as regiões com maiores vulnerabilidades e onde há maior prevalência de pacientes com exames alterados, doenças não controladas. Não há espaço-tempo para que isso seja trabalhado.

Tudo chega na atenção básica, do caso grave ao menos grave, mas com o agravante de ser um território com potencial a situações de tensão, como a que enfrentaram em 2014 na chacina. Os chacinados não foram atendidos na UBS, mas houve repercussões nos dias que se seguiram e que deve permanecer presente no território por longo tempo (ou para sempre) e fará parte da sua identidade, como outros fatos mais ou menos marcantes compuseram o que é hoje. E isto marca a equipe, os usuários e suas relações, se somando a críticas e considerações que os trabalhadores vão criando daquilo que vêm chegar do território no seu serviço. A

fraqueza do serviço no episódio, não respondendo às demandas mais simples por cuidado, também, inscreve na história daquele território da saúde e sua relação com o território existencial dos usuários maneiras de uso e consideração. O risco de ter sido incendiado pela comunidade apresenta essa ambiguidade de seu papel na região. Parece um entendimento equivocando do território pelo Centro de Saúde, uma comunicação inadequada, apresentando uma fragilidade indesejável. Mas, isso não é homogêneo no serviço.

Sobre a pesquisa

Seria possível elaborar uma cartografia apenas sobre o processo da pesquisa em si e dos grupos de pesquisa que circulei durante esse processo do mestrado. Tenho certeza de que seria tão interessante para mim quanto esse trabalho que procurei realizar no mestrado. O processo da pesquisa, da organização dos grupos, da produção de conhecimento, das discussões e dos afetos produzidos dizem muito sobre o momento atual e sem dúvida estive imerso intensamente nesses sentimentos e processos assim como produzi e foram produzidas intervenções no processo de formas mais intensas que até na própria pesquisa. Sem dúvida foram momentos de muitos sentimentos e aprendizados para todos os que participaram.

Ao mesmo tempo, o processo da pesquisa diz muito sobre a produção de conhecimento atualmente no país. Das correlações de forças, dos agenciamentos possíveis, dos territórios pelos quais os grupos e pesquisadores circulam com segurança e quais não. Entender também o distanciamento que existe para o trabalhador da saúde que atua na atenção básica dos espaços acadêmicos e de pesquisa é um desafio à parte. Pensar em desterritorializações no modo de produção do cuidado não é menos complexo que pensar em desterritorializações na produção de conhecimento.

Algumas considerações sobre a pesquisa são importantes serem trazidas. O desenho inicial proposto pelo grupo de pesquisa de São Paulo, a gestão dos espaços e dos encaminhamentos, assim como o referencial utilizado no início e durante a pesquisa influenciaram muito na prática do pesquisador-cartógrafo no campo. O momento do grupo em particular deve ser considerado. Foi um momento de novos referenciais teóricos, com uma nova proposta metodológica para um grupo

que já vinha realizando trabalhos como grupo e com toda uma bagagem teórica e prática dentro do tema trabalhado. Não foi por acaso que mesmo um ano após o início do campo de pesquisa, quase dois anos de grupo constituído, a questão “estamos fazendo cartografia?” ainda circulava em nossas conversas e discussões.

Devemos considerar a complexidade do pensamento e dos novos conceitos que são trazidos junto com a proposta cartográfica desenhada por Deleuze e Guatarri. Roberto Machado, no livro *Deleuze, a arte e a filosofia*, nos lembra que para o filósofo “os conceitos são assinados, têm o nome de seu criador” e ao caracterizar os conceitos ele também chama a atenção para que “um conceito é um todo fragmentado, uma totalidade fragmentada”. Assim, entender um conceito significa olhar para as conexões dos seus elementos e dos diferentes conceitos em um mesmo sistema conceitual (Machado, 2009). E vale ressaltar que havia espaço para desterritorialização. Houve sim produção de novos territórios para os participantes dos grupos. E esses novos territórios permitiram que os grupos repensassem seus modos e processos, respeitando os limites e tempos de cada um. Hoje ainda fico inseguro em dizer se minha pesquisa foi cartográfica, mas sem dúvida posso dizer que houve muita cartografia durante essa pesquisa.

O fim do campo de pesquisa, articulado com os trabalhadores que estiveram junto do processo no serviço de saúde ainda não se deu. A proposta é apresentar o resultado desse mestrado assim como de outros encontros que houvera durante a pesquisa a todos os trabalhadores do serviço. Intervenções foram acontecendo ao longo da pesquisa que trouxeram bons resultados. Alguns dos trabalhadores se aproximaram do Departamento de Saúde Coletiva, acompanhando aulas e matérias da pós-graduação. Propostas de artigos em conjunto com os trabalhadores serão levadas aos interessados do serviço.

Algumas considerações são válidas de serem feitas inicialmente. A dinâmica da pesquisa e o modo como foi aplicada pelo grupo e pelo pesquisador permite acessar alguns territórios mais que outros. Essa pesquisa em particular, acredito que permitiu acessar planos muito externos e de uma leitura inicial que mereceria maiores aprofundamentos para cada caso. Temos assim um conjunto de territórios percebidos pelo pesquisador com profundidades superficiais. Mas acredito que tenha sido o possível de se chegar a partir de todo o processo ocorrido com a pesquisa.

Dito isto, existe um território em particular que gostaria de deixar destacado como um território que ficou presente na pesquisa. É o território interno ao serviço. Existe um plano de existência do serviço que se sustenta e mantém próximo às práticas e ações de todos os trabalhadores, dando um ritmo a todo processo. É um território que não parece permitir ou favorecer uma relação do trabalhador com o território externo ao serviço, com a comunidade, assim como não parece favorecer a relação do trabalhador com a subjetividade ou território existencial dos usuários e pacientes. Mas o que então esse território agencia? Que elementos esse território articula? Que meios? Esse pesquisador acredita que o território existencial em que grande parte dos trabalhadores circulam “livremente” é o território dos procedimentos/consultas. No sentido de procedimento/consulta sem isso significar necessariamente cuidado ou saúde sendo produzido. É como uma máquina que produz procedimentos e consultas, inviabilizando muitas vezes a produção de cuidado. É como se o serviço, o centro de saúde fosse um território em si mesmo, o qual agencia os trabalhadores e os elementos presentes no serviço para criar um território que limita muito a desterritorialização. Os exemplos que trago a seguir, muitos sustentam essa ideia. Trabalhadores afetados e sensibilizados com casos que não dão conta de oferecer cuidado. Um conjunto de forças que não favorece o desterritorializar do trabalhador da atenção básica, que vão de indicadores, normas, regras, protocolos, entidades fiscalizadoras, gestores, etc favorecendo essa máquina de procedimentos e consultas.

Outros muitos territórios atravessam o espaço pesquisado e vivido por todas aquelas trabalhadoras. Cada um se relaciona de diferentes formas com esse território que se mostrou relevante para esse pesquisador. A interpretação pode estar em muito equivocada, não me coloco acima de qualquer crítica. Mas era uma questão que me provocou durante os momentos de reflexão da pesquisa e que gostaria de trazer, inclusive para ser criticada.

Os afetos, os sentimentos, as afetividades estão em torno de um território das ofertas de serviços e procedimentos. As tensões e emoções não estavam em olhar para a pessoa adoecida e entender seus sentidos e dificuldades, estavam antes disso, estavam fora disso. Não vi em momento algumas falas ou sentimentos que envolviam casos, usuários ou pacientes que precisavam de cuidado ou atenção. Os sentimentos, emoções e afetos estavam no processo em si, na articulação entre os trabalhadores e ofertas de serviços da unidade. Era ali que as emoções se

concentravam. Os atendimentos se mostraram bem objetivos e direcionados, na maioria das vezes. As emoções vinham à tona, eram expostas, nas questões que não envolviam os pacientes, que não abordavam os casos em si, mas abordavam o processo de trabalho. O território subjetivo era pautado pelo ambiente do trabalho e suas particularidades e não pelo encontro com os pacientes ou usuários. Naturalmente que a atenção do trabalhador ficava voltada para o processo de trabalho e não para o processo do cuidado. De certa forma, em um espaço de cuidado em saúde, espera-se que o serviço crie territórios em torno do cuidado em saúde daquela pessoa que ali chega, para assim garantir o cuidado necessário. Mas a impressão que ficou é que esse território não é devidamente olhado ou trabalhado.

Um ponto desperta em mim muita curiosidade ao se pensar o trabalho em saúde. Trata-se de um movimento. Um movimento de olhar, ver, sentir e tentar entender aquilo que se apresenta próximo a você. Isso pode ser referente à vida daquela pessoa a quem está prestando atendimento ou quanto ao território que existe ao redor do seu local de trabalho. Esse movimento, de se permitir percorrer, sentir e significar o território existencial do outro é muito semelhante ao movimento de acessar ao território do centro de saúde, entendendo as dinâmicas, os símbolos, as experiências que aquela região permite. Ter essa abertura para se afetar, seja no território do outro ser humano (olhar para dentro?) seja no território do espaço fora do serviço de saúde (olhar para fora?) tem um mesmo conjunto de fatores, forças e elementos agindo, mesmo que aparentemente movimentos tão distintos. Seria a abertura a “desterritorializar” do qual Deleuze e Guatarri tanto falam. Estar aberto a acessar territórios desconhecidos e assim expandir os seus próprios territórios. E da mesma forma que forças devem possibilitar para que esse movimento aconteça, outras forças devem criar resistências. Entender essa dinâmica me parece ser um bom caminho a percorrer na sequência.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
2. VIANA, A. L. D. Longos dias tem cem anos. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, pp. 1927-1953, Rio de Janeiro, out. 2013.
3. ESCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, pp. 1927-1953, Rio de Janeiro, out 2013.
4. ALMEIDA, C. Os 25 anos do SUS: Desencanto ou Oportunidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29 n. 10, pp. 1927-1953, out 2013.
5. CAMPOS, G. W. S. 25 anos do SUS. **Revista Brasil de Fato**, Novembro de 2013.
6. MOTA, A. & SCHRAIBER, L.B. **Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica**. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 837-852, 2011.
7. INFORME DAWSON sobre el Futuro de los Servicios Medicos e Afines. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. **Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica**, n. 93, febrero de 1964.
8. COSTA, N. R. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. **Dados**, v. 39, n. 3, Rio de Janeiro, pp. 479-511, 1996.
9. ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: Origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
10. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
11. CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, Supl. 1, pp. S7-S27, 2008.
12. MERHY, E. E. **Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
14. CECILIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.11, pp. 2893-2902, 2012.
15. DOMITTI, A. C. P. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. 2006.
16. NASCIMENTO, E.P.L., CORREA, C.R. S. & NOZAWA M.R. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 16, v. 3, pp. 161–173, junho de 2007.
17. CAMPINAS. **Programa Paideia** – Saúde da Família: 2001-2004: Campinas. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
18. OLIVEIRA, M. M. **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática**. 2014. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campinas, 2014.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Edição atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.
21. MACHADO, R. **Deleuze, Arte e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
22. GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
23. DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997a.
24. ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.
25. HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais... X Encontro de Geógrafos da América Latina**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.
26. DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997b.
27. PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulinas, 2009.

28. POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, pp. 323-338, Maio/Ago. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1113/864>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
29. ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, pp. 166-173, 2009.
30. DELEUZE, G. Entrevista cedida a Claire Parnet. Paris: 1988 - 1989.
31. DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Anti-édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.